HAL
archives-ouvertes.fr

De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : prises en charge et rôle du pharmacien d'officine

Oihana Algalarrondo

▶ **To cite this version:**

Oihana Algalarrondo. De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne), en milieu libre ou en milieu carcéral : prises en charge et rôle du pharmacien d'officine. Pharmaceutical sciences. 2014. <dumas-01018126>

HAL Id: dumas-01018126
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018126

Submitted on 3 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2014-2015 Thèse n°47

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Oihana ALGALARRONDO**

Née le 06 octobre 1988 à Oloron Saint Marie (Pyrénées Atlantique)

Le 23 mai 2014 à Bordeaux

DE LA CONSOMMATION AU SEVRAGE (CANNABIS, COCAÏNE, AMPHETAMINES, HEROÏNE), EN MILIEU LIBRE OU EN MILIEU CARCERAL : PRISES EN CHARGE ET RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Directeur de thèse

Madame Céline OHAYON

Jury

Madame Céline OHAYON	Professeur	Présidente
Madame Isabelle PASSAGNE	Professeur	Juge
Monsieur Fabien LULL	Docteur en Pharmacie	Juge
Madame Gracianne TARRIDE	Docteur en Pharmacie	Juge

DE LA CONSOMMATION AU SEVRAGE (CANNABIS, COCAÏNE, AMPHETAMINES, HEROÏNE), EN MILIEU LIBRE OU EN MILIEU CARCERAL : PRISES EN CHARGE ET RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

REMERCIEMENTS

Merci à **Madame Ohayon**,

D'avoir accepté de suivre mon travail, même s'il n'était pas complètement de vos compétences, et de me faire l'honneur d'être ma présidente du jury. Mais aussi pour votre investissement dans les études de Pharmacie à Bordeaux et pour notre collaboration au cours de mes différents mandats d'élue au conseil d'UFR et à la commission pédagogique.

Merci à **Madame Passagne**,

De me faire l'honneur de juger ma thèse et de vous être rendue disponible.

Merci à **Fabien Lull**,

D'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'avoir partagé tant de bons moments durant mes études. Merci pour tout ce que tu m'as appris au niveau associatif, pour ton soutien durant ma présidence à l'ACEPB et pour te rendre disponible dès qu'on a besoin de toi.

Merci à **Gracianne Tarride**,

De me faire l'honneur d'accepter au dernier moment de juger mon travail, pour tout ce que j'apprends tous les jours dans mon stage de pratique officinale en compagnie de votre équipe. J'en garderai un excellent souvenir.

Merci/ Milesker

Cécilia Maitre, pour ton aide et ta disponibilité tout au long de mon travail, pour ton investissement dans la prise en charge de la toxicomanie au Pays Basque. Tu es pour beaucoup dans l'aboutissement de ce travail.

Jean, pour ta patience lors de toute la relecture et la mise en page de cette thèse, ça n'aurait vraiment pas eu le même rendu sans ton aide.

Milesker zure sustenguarentzat azken hilabete horietan ez nuelarik gehiago puntta ikusten.

Aita eta ama, beti nitan sinetsirik urte guzi hauetan. Ez nuen sekulan lortuko zuek gabe.

Elorri, elgarrekin pasatzen ditugun momentuentzat nahiz eta usu gatazkan izan.

Bixente, ez baituzu sekulan ulertu zenbat denboraz eskolan egonen nintzen. Lasai orai kasik bukatua da.

Amaia, ttipidanik partekatzen dugun laguntasunarentzat.

Margaux, pour ces deux années de coloc, pour ta patience durant ces études passées ensemble, pour tous nos débats, nos conversations au milieu de la nuit en rentrant de soirées et pour tous ces moments où on a ri pour rien.

Maëlys, pour cette amitié qui a traversé tant de choses, pour ton aide durant tous nos mandats associatifs communs et pour notre tour de France. Vraiment dommage que tu ne sois pas là pour partager cette soirée avec nous.

Camille Lala, pour notre mauvaise ambiance commune même si nos origines sont ennemies j'assume et je suis fière de pouvoir dire que j'ai une amie Béarnaise.

Camille Dubdub, pour tous ces moments passés sur Bordeaux et à travers la France, pour m'avoir fait découvrir ta passion pour les poneys

Amaia, **Maika**, **Maia**, **Maria**, **Jeno** eta **Carole**, asteburuetan ideiak aldaturik eta elgarren artean sustengaturik Bordaleko bidean.

Mathieu, pour ces années à la coloc qui furent riches en émotions et en rire. Je suis contente d'avoir pu t'apprendre à vivre comme un grand garçon.

Laura et **Margaux**, pour ces après-midi thé au lieu d'aller bosser, et parce qu'on a toujours quelque chose à se dire.

Constance, **Julie**, **Laura**, **Margaux**, **Alexia**, et **Anne-Sophie** pour tous nos moments entre filles.

Constance, **Julie** et **Alexia**, pour m'avoir motivée à présenter cette thèse avant la fin de mes études. A votre tour maintenant.

Quentin, **Mathieu** et **Margaux**, pour nos lundis soirs à l'appartement C205.

Xabi, pour avoir partagé mes origines, bientôt le retour à la maison pour toi aussi

Les copains et amis de la promo 2009-2014, ce serait trop long de tous vous citer mais c'était vraiment chouette de passer mes études avec vous. Même si ce sera plus difficile de se revoir maintenant il nous reste, je suis certaine, encore d'excellents moments à partager.

Caro, sans qui je n'aurais jamais passé le cap de la première année

Maika, Bordalen elgarrekin pasa dugun urtearentzat.

Le bureau de l'ACEPB 2011/2012, je garde de très bons souvenirs de cette année d'associatif passée à vos côtés.

Le bureau de la fédé Alienor 2013/2014, plus particulièrement à Marion, Benoit, Jordan et Minus pour m'avoir montré qu'il y a des étudiants sympa hors de Bordeaux Ségalen.

Philou, **Marie**, **Mikel**, **Popiette** et **Mathieu**, pour tout ce que vous m'avez appris au niveau associatif.

A tous les covoitureurs qui m'ont accompagné dans mes deux tours du monde en aller-retour entre Bordeaux et Garris.

Plus généralement merci à toutes les personnes croisées durant ces études à Bordeaux ou dans les nombreuses villes où j'ai eu la chance d'aller pour m'avoir permis de passer de si bons moments.

Enfin à tous ceux qui m'ont dit que je n'arriverais pas à finir ma thèse pendant ma sixième année, vous m'avez bien motivé à le faire.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **3**

TABLE DES MATIERES **6**

LISTE DES ABREVIATIONS **12**

INTRODUCTION **14**

PARTIE 1 : L'ADDICTION, LE SEVRAGE ET LES DROGUES **16**

1 QU'EST-CE QUE L'ADDICTION ? **16**

1.1 Définition et notion de dépendance [1] 16

1.2 Les différentes approches de l'addiction [2] 17

1.3 Les différents critères de la dépendance [3] 18

2 LE SEVRAGE **18**

2.1 Définition [4] 18

2.2 Le syndrome de sevrage [5] 19

2.3 Les objectifs [6] 19

2.4 La substitution [7] 20

3 LA DROGUE **20**

3.1 Définition [8], [9] 20

3.2 Classification [10] 21

3.3 Quelques exemples 21

3.3.1 Le cannabis [11], [12], [13], [14], [15] 21

3.3.1.1 Définition 22

3.3.1.2 Les différentes formes 22

3.3.1.3 Historique 23

3.3.1.4 Mode d'action 23

3.3.1.5 Les différents types d'usages 24

3.3.1.6 Effets et dangers 25

3.3.1.7 Cannabis et dépendance 27

3.3.1.8 Les chiffres en France [16], [17], [18], [19] 27

3.3.1.9 Le cannabis et la législation [20], [21], [22], [23] 29

3.3.2 La cocaïne [13], [14], [24] 30

3.3.2.1 Définition 30

3.3.2.2 Le crack 30

3.3.2.3 Historique 31
3.3.2.4 Mode d'action 32
3.3.2.5 Effets et dangers 32
3.3.2.6 Cocaïne et dépendance 33
3.3.2.7 Les chiffres en France [25], [26] 33
3.3.2.8 La cocaïne et la législation [21] 34
3.3.3 L'ecstasy et les amphétamines [13], [14], [27] 34
3.3.3.1 L'ecstasy 34
3.3.3.1.1 Définition 34
3.3.3.1.2 Historique 35
3.3.3.1.3 Effets et dangers 36
3.3.3.1.4 Les chiffres en France 36
3.3.3.2 Les amphétamines 36
3.3.3.2.1 Définition 36
3.3.3.2.2 Historique 37
3.3.3.2.3 Mode d'action 38
3.3.3.2.4 Effets et dangers 38
3.3.3.2.5 Les chiffres en France [28] 39
3.3.3.3 La législation [29], [30] 39
3.3.4 L'héroïne [13], [14], [31], [32] 39
3.3.4.1 Définition 39
3.3.4.2 Historique 40
3.3.4.3 Effet pharmacologique 41
3.3.4.4 Effets et dangers 41
3.3.4.5 Héroïne et dépendance 42
3.3.4.6 Les chiffres en France [33], [34] 43
3.3.4.7 La réduction des risques [13], [14], [35], [36] 44
3.3.4.8 L'héroïne et la législation [21], [37] 44
PARTIE 2 : LES OUTILS DU SEVRAGE 46
1 GENERALITES SUR LE SEVRAGE 46
1.1 Se faire aider [38] 46
1.2 La démarche à suivre [39] 46
1.3 Les étapes d'un sevrage [71] 47

1.3.1 La prise de conscience 47
1.3.2 Le cycle de Di Clemente Prochaska [72], [73] 47
1.3.3 Le cycle de Di Clemente en pratique : 49
1.4 Le cadre [39], [40], [41], [42], [43] 50
1.4.1 Ambulatoire 50
1.4.2 Institutionnel 50
1.5 La prise en charge psychologique 51
1.6 La psychanalyse 52
1.7 Les traitements médicaux des addictions 53
1.7.1 Le traitement de sevrage 54
1.7.2 Le traitement de substitution 55
1.7.3 D'autres traitements existent-ils ? 56
2 LE SEVRAGE AU CANNABIS 57
2.1 Une prise en charge globale [44] 57
2.2 La psychothérapie [44], [45] 58
2.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales 58
2.2.2 Les entretiens de motivation [44], [45], [46] 60
2.3 La thérapie familiale [47], [48], [49], [50] 60
2.4 La prise en charge médicamenteuse [44] 62
2.4.1 La prise en charge de la phase de sevrage [51] 63
2.4.2 Le maintien de l'abstinence 65
2.4.3 Cas particulier des usagers de cannabis schizophrènes 65
3 LE SEVRAGE A LA COCAÏNE ET AU CRACK [52], [53], [54], [55] 65
3.1 Le traitement psychothérapeutique [52], [53], [56] 66
3.2 Les traitements médicamenteux [57], [58] 67
3.2.1 Les agents glutaminergiques 67
3.2.2 Les agents GABAergiques 68
3.2.3 Les agents dopaminergiques 68
3.2.4 La stratégie thérapeutique 69
3.3 Le vaccin anticocaïne (Moreno et al. Pharmacol Biochem Behav 2009) [59], [60], [61] 69
4 LE SEVRAGE AUX AMPHETAMINES [62], [63] 71
5 LE SEVRAGE A L'HEROÏNE [64] 71
5.1 La prise en charge psychologique 71

5.2 L'axe socio-éducatif 72
5.3 Le traitement de substitution [66], [67], [68], [69] 72
5.3.1 La buprénorphine, Subutex® [65] 73
5.3.2 La méthadone 76
5.3.3 Le Suboxone® [70] 80
5.3.4 La Naltrexone 81
5.3.5 Stratégie thérapeutique du sevrage à l'héroïne [67] 81
PARTIE 3 : VIVRE ET SORTIR DE LA TOXICOMANIE, DE LA PREVENTION DES RISQUES AU SEVRAGE 85
1 LES ORGANISMES DE PRISES EN CHARGE ET DE PREVENTION DE LA TOXICOMANIE [74] 85
1.1 Les organismes nationaux de coordination : 85
1.1.1 La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) 85
1.1.2 L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) 85
1.1.3 L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) 85
1.2 La prise en charge de la toxicomanie en Aquitaine [75] 85
1.2.1 La prévention en Aquitaine 86
1.2.2 L'offre médico-sociale en addictologie en Aquitaine 87
1.2.2.1 Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ambulatoires 87
1.2.2.2 Les centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes avec hébergement 87
1.2.2.3 Appartement de Coordination thérapeutique 88
1.2.2.4 Les communautés thérapeutiques 88
1.2.2.5 Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie [76] 88
1.2.2.6 Les Centres Accueil et Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues 88
1.2.2.7 Consultations jeunes consommateurs 89
1.2.2.8 Les automates ou bornes d'échange de seringues 90
1.2.3 La formation en Addictologie en Aquitaine 90
1.2.4 L'offre sanitaire en addictologie en Aquitaine 91
1.2.4.1 Les Equipes de Liaisons en Addictologie (ELSA) 91
1.2.4.2 Les consultations d'addictologie 91
1.2.4.3 Unité d'hospitalisations reconnues en addictologie pour la mise en œuvre de sevrages complexes 91
1.2.4.4 Hospitalisation de jour (HDJ) 92

1.2.4.5 Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) 92
1.2.4.6 Intervention en milieu carcéral 93
1.2.4.7 Les réseaux santé 93
1.2.5 Analyse territoriale de la filière addictologie en Aquitaine 94
1.2.5.1 Dordogne 96
1.2.5.2 Gironde 97
1.2.5.3 Les Landes 98
1.2.5.4 Lot et Garonne 99
1.2.5.5 Les Pyrénées Atlantiques 100
1.2.6 Exemple d'un réseau : RESAPSAD [77], [78] 102
1.2.6.1 Descriptif et rôle de RESAPSAD 102
1.2.6.2 Les partenaires et l'équipe de RESAPSAD 102
1.2.6.3 Les activités de RESAPSAD 103
1.2.6.4 L'accès au réseau [78] 105
1.2.6.4.1 Pour les professionnels 105
1.2.6.4.2 Pour les patients 106
1.2.6.4.3 La prise en charge du patient à RESAPSAD 107
1.2.6.4.4 Résultats 2012 109
2 ENVOI DU MATERIEL STERILE PAR VOIE POSTALE [83] 111
3 LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE [79], [80], [81], [82], [84] 111
3.1 Définition et rôle 112
3.2 Un peu d'histoire 113
3.3 Contexte légal 113
3.4 Les arguments en faveur des salles de consommation 114
3.5 Le réseau international des salles de consommation à moindre risque 115
3.6 La situation en France [85] 115
4 ROLE DU PHARMACIEN DANS LE SEVRAGE [86], [87] 116
4.1 Les pharmaciens dans les réseaux 118
4.2 Les étapes importantes chez le pharmacien [88] 119
4.2.1 Initialisation du traitement 119
4.2.2 Suivi du traitement 119
4.3 Le besoin du pharmacien dans la prise en charge de la toxicomanie [88] 120
5 LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCERAL [89], [90] 121

5.1 Le milieu carcéral en France [92] 121
5.2 Organisation des soins en milieu carcéral [91] 122
5.3 Prise en charge et traitement des dépendances 124
5.4 La rupture du principe d'égalité 125
5.5 La réalité en prison : consommations et contaminations [94] 125
5.5.1 Etat des lieux des pratiques de consommation 125
5.5.2 La distribution d'eau de Javel 126
5.5.3 La distribution de matériel stérile 127
5.6 Une incohérence entre la loi et la réalité 127
5.6.1 Le droit international 127
5.6.2 Le droit européen 128
5.6.3 Le droit français 128
5.7 La prise en charge en milieu carcéral en Pays Basque [93] 129
CONCLUSION : 133
INDEX DES TABLEAUX 135
INDEX DES FIGURES 136
RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES 137
ANNEXES 141
1 ANNEXE 1 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRES MIS EN PLACE PAR RASPSAD ET LE CSAPA BIZIA : 141
1.1 Questionnaire 1 141
1.2 Questionnaire 2 142
1.3 Questionnaire 3 144
1.4 Questionnaire 4 145
2 ANNEXE 2 : LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE DANS LE MONDE 148
SERMENT DE GALIEN 150

LISTE DES ABREVIATIONS

ANITEA : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSA : Aide à la Réinsertion Sociale en Aquitaine

ASUD : Auto-Support des Usagers de Drogues

BAL : Bureau d'Accès au Logement

BHD : Buprénorphine à Haut Dosage

BU : Bandelettes Urinaires

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie

CH : Centre Hospitalier

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAA : Collège Régional des Alcoologues Aquitains

CRPS : Centre de Réadaptation Psycho-Sociale

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisés Complémentaires

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

ELSA : Equipe de Liaison de Soins en Addictologie

ETP : Equivalent Temps Plein

GRRITA : Groupe Régional de Recherche et de Réflexions des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine

IGN : Institut national de l'information géographique et forestière

INDCR : Réseau international des salles de consommation à moindre risque

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

MAB : Maison d'Arrêt de Bayonne

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MSD : Maison Départementale de la Solidarité de Bayonne

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OICS : Organe International de Contrôle des Stupéfiants

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPS : Plan Personnalisé de Soin

RdR : Réduction des Risques

RESAPSAD : Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie

RIM-psy : Recueil d'Information Médicalisé pour la psychiatrie

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

TSA ; Transportation Security Administration

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

INTRODUCTION

La consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac est avant tout le reflet d'une société, de ses rituels et de ses maux. Les comportements en matière de toxicomanie ne cessent d'évoluer ; c'est ainsi qu'en une décennie, la consommation de cannabis a explosé chez les jeunes en France, la cocaïne jusque-là réservée à un milieu aisé a fait son apparition dans des cercles plus larges. En revanche les effets dévastateurs de l'héroïne ont été beaucoup mieux maitrisés grâce au succès des traitements de substitution et d'une politique de réduction des risques désormais écrite dans la loi.

A l'heure de l'adolescence, beaucoup se laissent tenter par un premier verre, une première cigarette, un premier joint sans trop savoir pourquoi. Sans être le parcours obligé, ces premières fois semblent devenir un critère de sociabilisation, une façon d'oublier le quotidien. Nous vivons dans une société de plus en plus addictive, cette quête de frisson devient un plaisir à part entière.

La croissance des épidémies du VIH et de l'hépatite C dans les années 80 ont montré que les mesures de répression criminelle et les programmes d'abstinence ne suffisaient pas à réduire la consommation de drogues et les risques qui y sont associés, ce qui montre l'enjeu de la prévention des risques.

Dans un contexte où le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 vient d'être lancé et en plein débat sur l'ouverture des salles de consommation à moindre risque, j'ai voulu m'intéresser à un sujet où le rôle du pharmacien d'officine est devenu capital.

Durant mes études, j'ai été confrontée à plusieurs reprises au problème de la toxicomanie. Tout d'abord lors de mon stage à l'hôpital en 5ème année puis enfin pendant mon stage à l'officine de 6ème année, par la vente de kits d'injection stériles, mais surtout au travers des délivrances de traitement de substitution aux opiacés. Le pharmacien ayant un vrai rôle de santé publique pour les usagers de drogues, j'ai essayé de comprendre comment pouvoir au mieux aider ces personnes.

La consommation de substances illicites implique également un contexte d'illégalité, ce qui m'a amené à vouloir connaître comment se poursuit un sevrage lors d'une incarcération, mais aussi comment se passe la consommation au quotidien en milieu carcéral.

De nombreuses interrogations me sont ainsi venues à l'esprit : Comment se sevrer de drogues ? Quels traitements existent-ils ? Que faire lorsqu'un patient vient acheter une Stéribox ? Où les orienter ? Comment s'organise la prise en charge ? Quelle place et quel rôle pour le pharmacien d'officine ?

Dans ce travail nous allons volontairement limiter notre étude au cannabis, amphétamines, cocaïne et héroïne ; même si ce ne sont pas les addictions les plus courantes, ce sont les drogues illicites les plus consommées en France.

Dans un premier temps nous aborderons les différentes drogues étudiées, leurs risques, leurs utilisations, leurs présentations…

Ensuite nous verrons les différentes prises en charge existantes, les traitements, les recherches en cours.

Enfin, nous détaillerons les différents établissements existant en France et plus particulièrement en Aquitaine, l'organisation des réseaux en détaillant celui du Pays Basque, le rôle du Pharmacien dans le sevrage et la prévention de la toxicomanie, ainsi que les salles de consommation à moindre risque dans le monde et en France.

Pour finir, nous ferons un état des lieux de la toxicomanie en milieu carcéral.

PARTIE 1 : L'ADDICTION, LE SEVRAGE ET LES DROGUES

1 QU'EST-CE QUE L'ADDICTION ?

1.1 DEFINITION ET NOTION DE DEPENDANCE [1]

L'addiction vient du latin « ad-dictum » signifiant « abandonné à », utilisé dans la langue française au Moyen-âge avant de disparaître. Ce terme désignait un arrêt de justice obligeant un débiteur dans l'incapacité de remplir ses fonctions et ses obligations, de payer de son corps et de ses actes, étant alors « prisonnier » ou même « esclave » de son créancier. La langue anglaise l'a ensuite utilisé pour désigner la soumission d'un apprenti pour son maître. De même aujourd'hui, l'individu dépendant est esclave de sa drogue.

L'addiction se définit comme la dépendance d'une personne à une substance ou une activité génératrice de plaisir, dont elle ne peut plus se passer en dépit de sa propre volonté. C'est une conduite qui repose sur une envie constante et irrépressible en dépit de la motivation, des efforts pour s'en défaire et de la connaissance des risques et des conséquences.

Ces dernières peuvent se répercuter autant au niveau physique et psychologique que familial et social, engendrant alors une dégradation progressive, rendant le retour à l'équilibre de plus en plus difficile.

La définition du terme « addiction » n'est pas consensuelle car il est très difficile de définir la limite entre un comportement normal, excessif ou pathologique et elle renvoie à différents courants théoriques, psychologiques, psychanalytiques, neurobiologiques et psychiatriques, sociologiques... qui vont soit s'attacher au comportement du sujet et à l'objet des addictions, soit s'intéresser au sujet lui-même et à ses difficultés dans le monde.

Il existe différents types d'addiction, pouvant porter tant sur une substance (psychotropes, héroïne, alcool, tabac…), que sur une conduite à risque (jeux, entraînements à répétition…). L'addiction entraîne une dépendance qui se définit par l'ensemble des symptômes qui se manifestent en relation avec la prise de substance spécifique.

La dépendance a un sens moins large que le phénomène d'addiction. Elle est un des facteurs permettant d'évaluer l'importance des risques engendrés par les drogues.

La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non.

La tolérance à un produit est un processus d'adaptation à un produit toxique. Elle se manifeste par une diminution ou une disparition de la réponse à ce stimulus au fur et à mesure que le corps y est confronté. C'est ainsi que l'organisme aura une capacité plus grande à supporter les effets du stimulus et la personne aura tendance à augmenter les quantités pour recréer le même effet que lors de la première confrontation.

Une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. Sa vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé.

La dépendance, qui peut être physique et/ou psychique, se caractérise par des symptômes généraux :

- l'impossibilité de résister au besoin de consommer,
- l'accroissement d'une tension interne, d'une anxiété avant la consommation habituelle,
- le soulagement ressenti lors de la consommation,
- le sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.

La dépendance psychique est la privation d'un produit qui entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne met du temps à s'adapter à une vie sans le produit. Cet arrêt bouleverse ses habitudes, laisse un vide et peut favoriser la réapparition d'un mal-être que la consommation visait à supprimer.

La dépendance physique est la privation de certains produits tels que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs ce qui engendre un état de manque qui se traduit par des symptômes physiques qui varient selon le produit. Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du comportement (anxiété, irritabilité, angoisse, agitation…).

1.2 LES DIFFERENTES APPROCHES DE L'ADDICTION [2]

La variété des addictions ainsi que les différentes prises en charge ont permis une pluralité d'approches. On trouve ainsi trois types d'approches :

- Les approches comportementales : elles ont permis l'élaboration de critères de diagnostic. Ces critères définissent le trouble addictif comme un processus qui permet à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise malgré la connaissance de ses conséquences négatives. C'est ainsi que l'ensemble de la vie du sujet dépendant est envahi par la pratique addictive.
- Les approches psychodynamiques : elles cherchent à proposer une hypothèse compréhensive des conduites addictives chez une personne donnée. Cette approche se base sur une meilleure compréhension de l'adolescence et tend à voir les

conduites addictives à un mode d'échappement du travail d'adolescence. C'est ainsi que la dépendance à un comportement addictif serait due à une dépendance relationnelle impossible à élaborer avec son entourage proche.

- Les approches neurobiologiques : elles abordent la question d'un éventuel déterminisme génétique de certaines conduites addictives mais aussi le rôle joué par les différents neuromédiateurs dans le cadre du système de récompense ou de réponse à la douleur.

A travers ces différentes approches, on définit aussi différents niveaux de vulnérabilité individuelle à l'addiction. Le choix que fait l'individu entre tel ou tel produit montre une certaine spécificité personnelle qui est étroitement liée à des facteurs socioculturels.

1.3 LES DIFFERENTS CRITERES DE LA DEPENDANCE [3]

Les critères de la dépendance sont variables selon la classification utilisée. Nous décrivons ici la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Le DSM-IV classe une personne dépendante à une substance si trois ou plus des critères suivants sont présents :

1. tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante,
2. symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance,
3. prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu,
4. désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation,
5. beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer la substance,
6. abandon ou réduction de ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance,
7. utilisation de la substance malgré la connaissance des risques pour la santé.

Il faudra également préciser s'il y a une dépendance physique ou non.

2 LE SEVRAGE

2.1 DEFINITION [4]

Lorsqu'une personne arrête de manière brutale ou progressive la prise d'une substance psychoactive, on parle de sevrage. On peut lier le sevrage à toute sorte de séparation mais on l'utilise principalement pour décrire les symptômes qui accompagnent un arrêt progressif ou brutal des doses de médicaments, drogues, substances, alcool. Le sevrage intervient suite

à une dépendance, la durée est plus ou moins longue et dépend de la substance, de la durée et des quantités prises.

Le sevrage est caractérisé par de nombreux symptômes neurologiques centraux et périphériques, neuropsychiques, neurovégétatifs et métaboliques.

Le sevrage est une option thérapeutique proposée aux sujets physiquement dépendants à des substances psychoactives. Il doit être organisé afin de limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Il constitue un outil, parmi d'autres, de traitement de la dépendance.

2.2 LE SYNDROME DE SEVRAGE [5]

Le syndrome de sevrage est un ensemble de symptômes dus à l'arrêt brutal de la consommation d'une substance psychotrope. Son intensité varie en fonction des substances et des doses consommées mais aussi selon le contexte socioculturel et l'état de la personne.

C'est un ensemble de troubles somatiques consécutifs à l'arrêt brusque d'un toxique chez un sujet en état de dépendance physique spécifique à chaque type de toxicomanie. En l'absence de dépendance physique, on observe un état intense et obsédant de manque avec une recherche intense du produit.

Plus la durée d'action de la substance est longue plus le délai d'apparition du syndrome de sevrage sera long. Les symptômes dus à ce syndrome sont très variables d'une personne à l'autre.

2.3 LES OBJECTIFS [6]

La plupart de spécialistes s'accorde pour dire qu'en cas de dépendance, l'arrêt définitif de toute consommation de drogue reste à terme le seul objectif qui tienne. Cependant, les débats et controverses restent vifs quant aux exigences à attendre du traitement, notamment en ce qui concerne l'abstinence. En effet, pendant que certains préconisent d'emblée une abstinence totale pour la vie entière, d'autres s'orientent plus vers une abstinence limitée à la période ou aux périodes de résolution des troubles associés à la dépendance, celle-ci devant conduire naturellement à l'arrêt de la consommation de drogues. D'autres encore, dans le même ordre d'idée et compte tenu des difficultés rencontrées pour obtenir l'abstinence, suggèrent d'apprendre au sujet à contrôler sa consommation de drogues, afin de limiter la fréquence et la sévérité des rechutes.

Le développement des techniques de substitution pose aussi problème. En effet, la substitution permet de réduire les risques inhérents aux conduites toxicomaniaques et de favoriser la mise en place des autres stratégies thérapeutiques, le but final restant l'arrêt définitif de la consommation de drogues. Cependant, la possibilité d'un traitement à vie est

à envisager, l'objectif n'étant plus l'abstinence mais la réinsertion psychosociale des patients.

2.4 LA SUBSTITUTION [7]

La substitution est l'action de « mettre quelque chose ou quelqu'un à la place de quelqu'un ou quelque chose d'autre pour faire jouer le même rôle ».

Au niveau des drogues, on peut interpréter cette définition comme l'usage d'un produit à la place de la drogue pour permettre de mimer son rôle. Le début de l'arrêt de la consommation est le sevrage.

3 LA DROGUE

3.1 DEFINITION [8], [9]

L'étymologie du mot est controversée, il pourrait venir du persan *droa,* odeur aromatique, de l'hébreu *rakad*, parfum, ou encore du néerlandais *droog*, substance séchée commercialisée jadis par les apothicaires. Ceci explique que le pharmacien, aujourd'hui encore, entende comme « drogue » toute substance pharmacologiquement active sur l'organisme.

Cette approche diffère de celle des médias et de notre langue actuelle pour laquelle une drogue est une substance active sur le psychisme dont l'usage est réputé donner lieu à une dépendance, souvent à une déchéance sociale, et dont la dangerosité singulière fait généralement contrôler l'utilisation en la prohibant bien souvent.

Cette distinction puise ses sources à la fin du XX^{ème} siècle, lorsque l'usage voluptueux des psychotropes fut stigmatisé et plus particulièrement leur usage délibéré en vue de modifier la conscience. L'utilisation de plus en plus répandue de ces produits explique que l'on se soit intéressé de plus près à leur toxicité. L'extension du recours à ces produits explique aussi que l'on soit de plus en plus interrogé sur leurs toxicités. C'est donc sur le fond de l'émergence de la problématique spécifique de la toxicomanie que le terme de « drogue » a pris la valeur péjorative qui lui reste attachée.

L'Académie de Médecine, réunie le 28 novembre 2006, rejette l'usage du mot « drogue » au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active et propose la définition suivante : « substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. A un certain degré de ce besoin correspond un asservissement

à la substance ; le drogué ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive ».

3.2 CLASSIFICATION [10]

La variété chimique des substances susceptibles d'engendrer une dépendance et la diversité de leurs modes d'action font que toute classification pharmacologique des drogues tend à s'appuyer avant tout sur l'appréciation de leurs effets, ce qui entraîne un risque de schématisation excessive, voire de caricature. Plusieurs modèles de classification de drogues ou de hiérarchisation de leurs effets psychotropes ont ainsi été proposés.

C'est ainsi que trois modèles d'intérêt différent peuvent être proposés :

- la classification selon les effets cliniques : c'est un modèle qui repose sur les conséquences cliniques de la consommation de produits, c'est-à-dire sur les manifestations aigües ou chroniques observées chez l'utilisateur,
- la classification selon leur pouvoir toxicomanogène : c'est un modèle qui repose sur la dangerosité globale, incluant la dangerosité sociale ainsi que leur génie toxicomanogène propre,
- la classification juridique : c'est un modèle reposant sur leur statut juridique.

Enfin dans les années 1970, il est devenu courant d'établir une distinction entre des drogues réputées « douces » et d'autres réputées « dures ». Les drogues dont les actions seraient « douces » sont présentes de façon spontanée dans la nature ou du moins d'origine végétale et les drogues dites « dures » sont obtenues par synthèse chimique ou extraction. Cette distinction n'a pas de raison d'être au regard du clinicien. En effet, il semble plus pertinent d'établir une distinction entre des modes de consommation ou des risques particuliers que font encourir cette consommation.

3.3 QUELQUES EXEMPLES

3.3.1 Le cannabis [11], [12], [13], [14], [15]

Le cannabis ou chanvre indien est l'une des plantes les plus anciennement connues et cultivées par l'homme. Il est le produit illicite le plus largement consommé en France, surtout par les jeunes. A 17 ans, un adolescent sur cinq consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année et 15% plusieurs fois par semaine.

Les premiers usages se font le plus souvent dans le cadre de pratiques festives et « initiatiques ». Source de plaisir, la consommation de cannabis intervient à la fois comme facteur d'intégration à un groupe de pairs et comme une prise de distance par rapport aux parents, à la société, une tentative d'autonomisation.

Le cannabis peut être une substance relativement facile à trouver pour un adolescent, et la sollicitation par les pairs peut être forte. L'usage de ce produit soulève des débats sociétaux et parfois même politiques, dont les termes oscillent entre banalisation (notamment les jeunes) et dramatisation (le plus souvent les adultes).

3.3.1.1 Définition

Le cannabis est une plante herbacée, annuelle, dioïque de taille fort variable selon les conditions de sa culture.

Le cannabis est le nom latin du chanvre. C'est une plante de la même famille que le houblon. Il en existe deux espèces quasiment jumelles :

- *Cannabis sativa indica* ou chanvre indien, à partir de laquelle est produite la drogue dont l'usage, la production, la vente et la simple possession sont interdits ;
- *Cannabis sativa sativa* ou chanvre textile, qui n'a pas d'action psychoactive et dont la culture est autorisée mais règlementée. On le cultive notamment pour ses fibres dont on tire la corde de chanvre.

3.3.1.2 Les différentes formes

Le cannabis lorsqu'il est consommé en tant que drogue existe sous différentes formes :

L'herbe ou la marijuana : ce sont les feuilles, tiges ou sommités fleuries simplement hachées, plus ou moins grossièrement, et séchées. Elles se fument généralement mélangées à du tabac, roulées en cigarette souvent de forme conique qu'on appelle couramment joint ou pétard.

- La résine (haschisch, hasch, shit, chichon…) : elle est obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. Elle se présente sous la forme de plaques compressées, barrettes de couleur verte, brune ou jaune selon les régions de production. Elle se fume généralement mélangée à du tabac comme l'herbe. Le haschisch peut être coupé avec du henné, du cirage, de la paraffine, ou d'autres substances plus ou moins toxiques.

- L'huile : c'est la préparation la plus concentrée en principe actif. Consommée généralement au moyen d'une pipe, son usage est peu répandu en France.

3.3.1.3 Historique

Originaire probablement d'Asie centrale, il constitua longtemps une richesse agricole majeure. Ses fibres permettent de fabriquer toiles et cordages pour la marine ainsi que du papier, ses graines sont à la base de fabrication de tourteaux pour le bétail, et ses feuilles sont riches en nombreux principes chimiques d'intérêt thérapeutique.

La plante fut décrite scientifiquement par Linné en 1753 sous la désignation de *Cannabis sativa* qui correspond au chanvre indien des consommateurs.

L'usage du cannabis en thérapeutique est difficile à retracer car les législations interdisant sa production, sa consommation et sa détention sont récentes. Le chanvre indien était auparavant utilisé en Inde et en Chine pour traiter les vomissements, les maladies infectieuses parasitaires et les hémorragies. Il fut également expérimenté en Angleterre en 1841 pour traiter le choléra, le tétanos mais aussi pour soulager les douleurs dues aux rhumatismes. Son usage en thérapeutique est resté courant aux Etats-Unis jusque dans les années 1930 où il était prescrit généralement comme analgésique, sédatif, antispasmodique ou antiémétique.

3.3.1.4 Mode d'action

La résine de cannabis contient des substances cannabinoïdes qui sont responsables de l'effet psychotrope. L'une des principales est le 9-tétra-hydro-cannabinol ou THC qui est classé comme stupéfiant.

Le THC est lipophile (c'est-à-dire qu'il a le pouvoir de se solubiliser dans les graisses, les lipides). Il a donc une forte capacité à se fixer dans le tissu cérébral riche en lipides.

Lorsque cette molécule est inhalée ou ingérée, elle entre dans la circulation sanguine et se lie aux récepteurs de l'anandamide, neuromédiateur du cerveau.

Le THC entraîne également une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore mal compris. Les récepteurs au THC (cannabinoïdes) sont présents en forte densité dans le système limbique. Le THC est éliminé par voie fécale et urinaire, après destruction par le foie. Ce processus est cependant très lent : il faut plus d'une semaine pour éliminer la moitié de la dose absorbée, à cause de la forte fixation dans les tissus lipidiques du sujet. Il suffit

d’une consommation hebdomadaire pour voir le THC s’accumuler dans l’organisme. En effet la pharmacocinétique du THC est dominée par le fait que c’est la seule drogue connue pour se stocker dans l’organisme du fait de sa lipophilie et de sa liposolubilité. Après absorption le taux de THC dans le sang diminuera rapidement, non pas grâce à son élimination, mais grâce à son stockage massif dans le cerveau et à moindre degré dans les masses lipidiques du corps. Ce mécanisme est donc à l’origine d’une élimination longue.

Quelques-uns des produits qui résultent de la transformation du THC par le foie se révèlent également actifs sur le cerveau. Comme l’usage chronique augmente le métabolisme du THC, c'est-à-dire sa transformation, il se forme à la faveur de cet usage une plus grande quantité de ces dérivés actifs. C’est pourquoi à force de consommation régulière, on finit par ne plus avoir besoin des doses initialement requises pour ressentir des effets inébriants. C’est ce qu’on appelle le phénomène de tolérance cinétique inverse.

Il faut enfin souligner que le THC traverse la barrière foetoplacentaire chez la femme enceinte et gagne ainsi le sang et le cerveau du fœtus. Il est également éliminé en partie dans le lait maternel.

3.3.1.5 Les différents types d’usages

L'usage simple peut parfois n’entraîner, pendant un certain temps, ni complication ni dommage repérable. Ces consommations apparaissent socialement réglées, dans le cadre d’un usage convivial.

Même dans ce cas, elles peuvent néanmoins être à risque, notamment lorsqu'elles sont associées à d’autres consommations (tabac, alcool, autres drogues, etc.). L'usage est toujours à risque, voire immédiatement nocif dans certains contextes : consommation avant 15 ans, grossesse, trouble mental associé, conduite de véhicule (deux roues, voiture), au travail (apprentissage et postes de sûreté/sécurité tout particulièrement). L’abus n’est jamais loin et la frontière entre usage et abus n’est pas facile à tracer avec le cannabis.

L'abus ou l'usage nocif est une consommation répétée entraînant des dommages physiques, psychiques, sociaux, judiciaires pour le sujet lui-même ou son environnement sans qu'il y ait dépendance.

Le niveau et la fréquence de consommation ne sont pas les seuls indicateurs d'un usage nocif. L'usage problématique est la résultante de l'interaction entre trois séries de facteurs : les risques liés au produit, les facteurs individuels de vulnérabilité et les facteurs de risque environnementaux.

La dépendance au cannabis concerne 10 à 15% des usagers de cannabis et est plus fréquente chez les jeunes. La place du produit devient prépondérante ou systématiquement nécessaire à l'accomplissement de certaines activités. Il devient difficile voire impossible pour la personne de s'en passer, bien que cette consommation soit source de difficultés. Dans certains cas, on peut même relever un besoin compulsif du produit (« craving »), une

augmentation des doses pour obtenir l'effet ou des signes de manque lors des tentatives d'arrêt.

3.3.1.6 Effets et dangers

On peut différencier deux types d'effets : les effets immédiats et les effets dus à une consommation régulière.

Les effets immédiats :

Les consommateurs recherchent un état de détente, de bien-être et une modification des perceptions (par exemple, sensation de mieux entendre la musique). Cependant, les effets recherchés ne sont pas toujours obtenus.

Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement, légère somnolence… Elle peut aussi parfois entraîner un malaise, une intoxication aiguë (« bad trip ») qui peut se traduire par des tremblements, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte.

Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration chez les consommateurs, tant qu'ils sont sous l'effet du cannabis. La perception visuelle, la vigilance et les réflexes sont également modifiés. Ces effets peuvent être dangereux lors de la conduite automobile ainsi que l'utilisation de machines.

Selon l'individu, la quantité consommée et la composition du produit, le cannabis peut avoir des effets physiques comme : un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges), une augmentation de l'appétit, des palpitations, une diminution de la sécrétion salivaire (bouche sèche), sensation de nausée.

Les effets d'une consommation régulière :

Certains effets sont loin d'être anodins et révèlent un usage problématique, donc nocif. On remarque des difficultés de concentration ce qui aboutira à des difficultés scolaires. Les préoccupations centrées sur l'obtention et la consommation du produit engendreront un isolement social et une perte de motivation.

Il existe également des risques respiratoires. En effet, la fumée de cannabis contient des substances cancérigènes comme celle du tabac, elle est donc toxique pour le système respiratoire. L'association du tabac et du cannabis entraîne des cancers du poumon plus précoces que le tabac seul. Les risques respiratoires sont amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, « douilles »).

Des troubles psychiatriques peuvent être induits par la consommation de cannabis :

- troubles anxieux, avec attaque de panique, « bad-trip », dus à une absorption trop importante du produit ou à une consommation dans des conditions fragilisantes (anxiété préalable, contexte insécurisant). Il s'agit d'une intoxication aiguë, avec malaise physique (tremblements, sueurs froides, nausées, vomissements…) et/ou

psychologique. Cet état d'hyper vigilance anxieuse, avec un sentiment diffus de menace, peut évoluer sur un mode subchronique qualifié par les usagers de « parano »,

- bouffées délirantes aiguës, rares, mais spectaculaires, elles régressent en quelques semaines, mais peuvent nécessiter une hospitalisation. Elles peuvent s'accompagner de syndromes de dépersonnalisation, ou encore de troubles confuso-oniriques avec désorientation spatiotemporelle
- des « flash-back » qui sont dus à un mécanisme encore inexpliqué (stress, libération d'adrénaline ?) qui va provoquer une mobilisation soudaine de THC qui était stocké dans les graisses de l'organisme. On observe ainsi un pic de la concentration plasmatique de THC qui s'accompagnera d'un comportement violent, agressif.

Le cannabis est susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave, la schizophrénie. De plus, le risque de schizophrénie semble plus important si la consommation de cannabis a débuté dans l'adolescence et quand cette consommation est massive; il s'agit d'un facteur causal (ni nécessaire, ni suffisant). Il ne faut pas confondre avec la bouffée délirante aiguë (ou psychose cannabique), avec hallucinations et idées délirantes, dont le pronostic est meilleur, mais le diagnostic différentiel lors d'épisodes inauguraux est difficile.

Les risques au volant

Conduire sous l'effet du cannabis double, en moyenne, le risque d'être responsable d'un accident mortel.

Au volant, le cannabis engendre des comportements dangereux dus à de mauvais réflexes, des difficultés à contrôler sa trajectoire, une mauvaise coordination des mouvements et un rallongement du temps de réaction. Ces effets durent de 2 à 10h après la consommation.

Le cannabis modifie les perceptions : les distances et la profondeur de champ sont faussées. Le conducteur sous emprise de cannabis fonctionne au ralenti. Il prend alors plus de temps à analyser une situation et à prendre une décision, cela implique donc une diminution des réflexes, un freinage tardif, une perte de vigilance et d'attention. Il est dès lors en difficulté pour maîtriser son véhicule et contrôler sa trajectoire.

Ce risque est particulièrement important chez les jeunes de moins de 25 ans. En effet, à cet âge-là, la consommation en soirée et en week-end est importante. Pendant ces périodes nocturnes, trois accidents mortels sur quatre sont provoqués par des jeunes et deux sur quatre sont sous l'emprise d'alcool et du cannabis.

Il est très clairement prouvé que la prise de cannabis est incompatible avec la conduite automobile.

3.3.1.7 Cannabis et dépendance

Le risque de dépendance au cannabis est réel. Cependant, les individus ne sont pas égaux devant ce risque. Plusieurs facteurs entrent en jeu : certains consommateurs réguliers, en raison de leurs habitudes de consommation, de leur personnalité, de leurs habitudes, de leur histoire personnelle, de leur environnement, auront plus de difficultés que d'autres à diminuer ou arrêter leur consommation, et sont donc plus vulnérables à la dépendance.

3.3.1.8 Les chiffres en France [16], [17], [18], [19]

Ces dernières années, la consommation de cannabis a connu des changements importants chez les jeunes, se caractérisant notamment, par des usages massifs et des produits fortement dosés.

Depuis le début des années 1990, l'expérimentation du cannabis a connu une hausse très nette : doublement des expérimentations, triplement des usages répétés. Aujourd'hui, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France. C'est la première substance illicite consommée par les adolescents. En effet, en 2010, un collégien sur dix avait déjà expérimenté le cannabis. En classe de sixième, la consommation est marginale (1,5%) alors qu'elle concerne pratiquement un adolescent sur quatre en troisième. Cette consommation concerne essentiellement une population jeune et masculine. Si beaucoup en restent à une expérience unique ou une consommation occasionnelle, d'autres s'engagent dans une consommation plus importante : 28 % des jeunes de 17 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, et 15 % des garçons et 6 % des filles en font un usage régulier.

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la France compterait 3,9 millions de consommateurs, dont 1,2 million réguliers et 550 000 usagers quotidiens

En 2010, un tiers (33 %) des adultes de 18 à 64 ans avait fumé du cannabis au moins une fois dans leur vie contre 29 % en 2005.

En 2011, 41,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours de leur vie (50,2 % en 2002). 22,4 % d'entre eux (18,5 % des filles et 26.3 % des garçons) déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois, ces consommations ayant principalement lieu le week-end. Un examen plus précis chez les 17 ans fait apparaître une baisse du niveau d'expérimentation chez les garçons et une stabilité chez les filles entre 2008 et 2011.

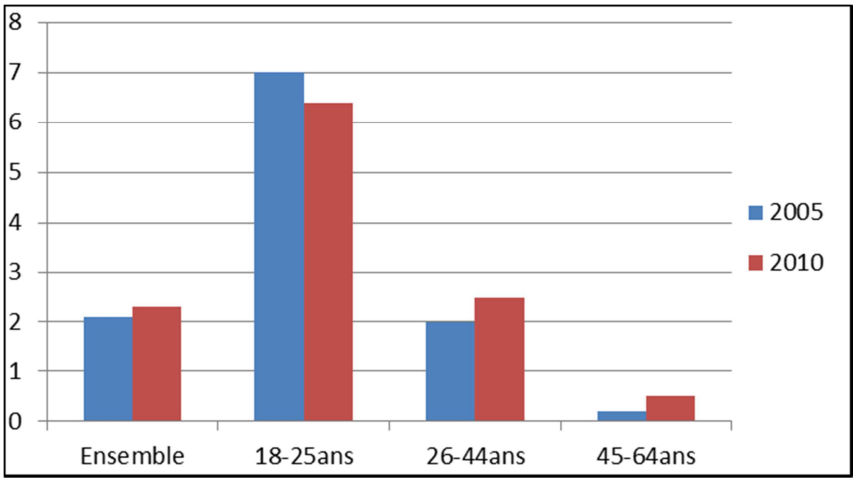
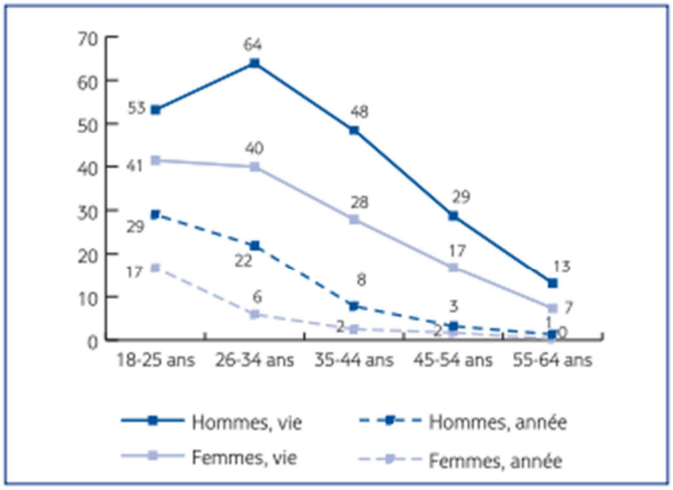


Figure 1: Evolution des consommations régulières de cannabis entre 2005 et 2010 en fonction de l'âge

On remarque donc que le nombre de consommateurs réguliers n'a pas beaucoup varié au cours des dernières années.



Source : Baromètre santé 2010, INPES

Figure 2: Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année suivant le sexe et l'âge

La consommation de cannabis diminue avec l'âge, on remarque un pic de consommation à 64% chez les hommes entre 26 et 34 ans ce qui nous montre un nombre important d'expérimentations. Ces chiffres montrent une banalisation de plus en plus importante ainsi qu'un phénomène de société et de mode qui pousse les jeunes à suivre une tendance. De plus, c'est aujourd'hui un produit que l'on peut se procurer très facilement et qui est bien souvent utilisé contre l'anxiété et les troubles du sommeil grâce à ses effets relaxants et hypnotiques.

3.3.1.9 Le cannabis et la législation [20], [21], [22], [23]

Le cannabis est interdit dans la majorité des pays au cours du XX^{ème} siècle. La convention unique sur les stupéfiants de 1961 proscrit le cannabis dans tous les pays signataires.

Au niveau européen, on remarque de nombreuses différences au niveau législatif entre les pays membres.

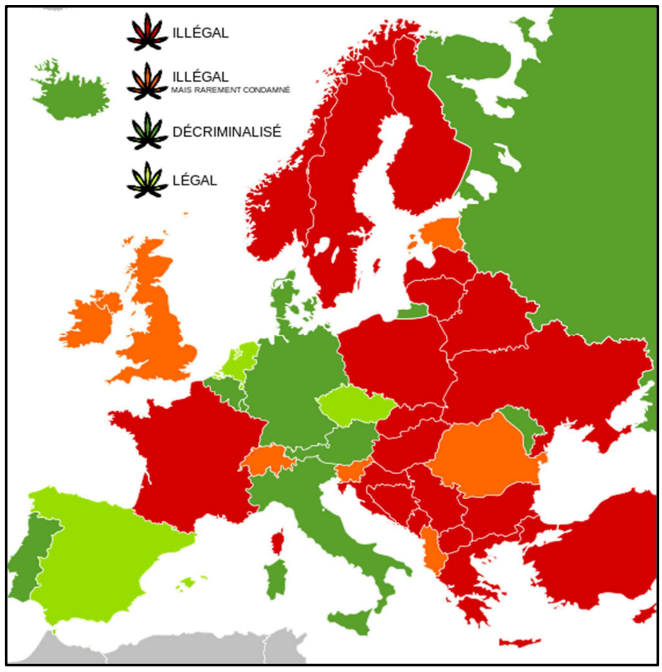


Figure 3: Législation sur le cannabis en Europe en 2011

Concernant les semences, l'Union Européenne a ses propres législations. Sont autorisées, les semences destinées à l'ensemencement de chanvre cultivé dont le taux de THC est inférieur à 0,3%. L'importation de graines de chanvre destinées à un usage autre que l'ensemencement est très contrôlée et ne peut se faire que par des importateurs agréés par l'Etat membre.

En France, la législation est plus stricte. En effet, seules les variétés de chanvre industriel ayant une teneur inférieure à 0,2% en THC sont autorisées. La loi permet la circulation de chènevis (graines de cannabis qui contient moins de 2% de THC) ainsi que son utilisation, sa production et sa culture à usage commercial par les particuliers ou pour des activités professionnelles soumises à autorisation tel que la pêche ou l'alimentation des oiseaux. Ces variétés vont donner du chanvre non psychotrope. La détention de ce genre de produit est très réglementée. En effet, les particuliers se doivent de conserver les certificats de conformité fournis à la vente pour prouver que la variété est légale. Ces variétés de cannabis figurent sur une liste émise par l'Union Européenne et font l'objet d'un décret qui stipule leur autorisation.

3.3.2 La cocaïne [13], [14], [24]

3.3.2.1 Définition

La cocaïne se trouve généralement sous forme d'une poudre blanche cristalline et sans odeur.

Elle est extraite du cocaïer. La feuille de coca est utilisée depuis très longtemps par les indigènes des Andes et se mâche ou se boit en infusion pour aider à résister à la fatigue et à l'altitude. Sous cette forme la coca va être un léger stimulant car elle contient 5% de cocaïne.

C'est un psychotrope qui va stimuler le système nerveux central.

La consommation de cocaïne peut se faire par prise discontinue et sans épuisement de l'effet du produit, il n'y a pas de phénomène de tolérance.

Elle peut être administrée de trois façon : sniffée (ligne de coke), injectée par voie intraveineuse et sous cutanée ou fumée, principalement sous forme de crack. Elle provoque une très forte dépendance.

3.3.2.2 Le crack

Le crack est un dérivé de la cocaïne, on l'appelle aussi cocaïne base ou free base. C'est un mélange de cocaïne, bicarbonate de soude et/ou ammoniaque qu'on trouve sous la forme de petits cailloux. Lors de l'utilisation on inhale la fumée après les avoir chauffés, cette manipulation provoque des craquements, ceci est à l'origine de son nom.

Les effets de ce mode de consommation sont plus intenses et plus court que ceux de la cocaïne, et l'état dépressif qui fait suite est plus intense. Le crack est un produit de qualité médiocre, la drogue fumée gagne le sang non pas en passant par les muqueuses nasales mais directement dans les alvéoles pulmonaires, d'où une action immédiate et puissante équivalente à celle qui est obtenue par voie intraveineuse. Le faible coût et sa facilité d'utilisation ont permis au crack d'avoir du succès.

Un usage régulier provoquera des hallucinations, des comportements violents, paranoïaques ou suicidaires. On remarque également des dommages rapides sur le cerveau, de graves altérations des voies respiratoires avec des arrêts respiratoires ou cardiaques pouvant entraîner la mort. On observe aussi un épuisement physique et psychique accompagnés d'une altération de l'état général ainsi que des lésions cutanées au niveau des mains et des lèvres dues aux pratiques de consommation.

Le crack crée rapidement une forte dépendance psychique et une neurotoxicité (dégénérescence des neurones) importante.

Les usagers après l'arrêt présentent une altération de l'humeur et un désir important de rechute ce qui sera souvent responsable de reprise.

3.3.2.3 Historique

Le cocaïer est un arbrisseau qui pousse en altitude dans les Andes, notamment en Bolivie et au Pérou. Les feuilles de l'« arbre divin » des Incas, constituant la coca, donnent lieu à une utilisation coutumière sous forme masticatoire.

L'alcaloïde à l'origine des propriétés de la coca fut isolé au XIX^{ème} siècle par Albert Niemann, un chimiste allemand.

La cocaïne défraya la chronique pendant une cinquantaine d'années de 1860 à 1910 environ. Certains la présentaient alors comme une drogue miraculeuse. Elle bénéficia notamment de l'intérêt que lui porta Sigmund Freud qui préconisa son usage dans un grand nombre d'indications et contribua largement à faire découvrir ses propriétés d'anesthésique local. Il la conseilla également pour désintoxiquer les morphinomanes.

La cocaïne bénéficia également de la publicité que lui firent deux inventeurs. Le premier, un pharmacien, Angelo Mariani, donna son nom à un vin médical à base de coca dont le succès fut extraordinaire de 1863 à la première guerre mondiale. Le second, John Smith Pemberton, pharmacien américain, inventa une boisson aux extraits de coca et de noix de kola, elle aussi

stimulante car contenant de la caféine : le coca-cola. Ce n'est qu'en 1906 que la cocaïne fut éliminée de sa formule.

Aujourd'hui, la recherche d'effets exacerbés pousse certains usagers à s'injecter l'alcaloïde soit en intraveineuse soit en sous cutanée. Les effets psychiques sont alors accrus, mais il en va de même de la toxicité cardiaque. L'explosion de l'épidémie du sida a entraîné une relative désaffection à l'égard de la seringue, au moment même où, faisant face à la fois à un large excès de production et à un embargo de l'éther (solvant indispensable à la production d'une cocaïne d'excellente qualité), les producteurs latino-américains développaient la production de crack.

3.3.2.4 Mode d'action

La cocaïne bloque la régulation des neurones dopaminergiques mésocorticolimbiques en inhibant la recapture. Ainsi, elle augmente leur effet sur les émotions, les comportements et la motivation en accumulant de la dopamine dans les synapses. Elle agit également au niveau de la noradrénaline et de la sérotonine en les augmentant.

La cocaïne se concentre dans le cerveau (jusqu'à vingt fois les concentrations trouvées dans le sang) mais est rapidement dégradée dans l'organisme par des enzymes présentes dans le sang. En une heure environ, la moitié de la dose utilisée est détruite. Une faible partie de la quantité consommée est éliminée dans l'urine sous forme inchangée et le reste est transformé en produits dont certains sont également actifs dans l'organisme. Cette transformation est variable suivant l'efficacité enzymatique propre à chaque individu. La drogue agit rapidement, en quelques secondes après inhalation pour le crack et en une vingtaine de minutes par voie nasale traditionnelle.

3.3.2.5 Effets et dangers

L'usage de cocaïne provoque une euphorie immédiate ainsi qu'un sentiment de toute-puissance intellectuelle et physique ainsi qu'une indifférence à la douleur et à la fatigue. On remarque ensuite un état dépressif accompagné d'une anxiété qui peut être apaisée par la prise d'héroïne ou d'un médicament psychoactif.

La cocaïne provoque une contraction des vaisseaux sanguins, les tissus sont donc insuffisamment irrigués donc manquent d'oxygène et se nécrosent. On remarque cet effet notamment au niveau de la cloison nasale avec des perforations dues à un usage régulier.

On remarquera également une perturbation du rythme cardiaque, ce qui peut provoquer des accidents cardiaques notamment chez les personnes prédisposées et ayant une forte consommation de tabac. La prise de cocaïne provoque une augmentation du rythme cardiaque, de la puissance des battements et la constriction des vaisseaux sanguins ce qui provoquera une hypertension souvent importante. Celle-ci peut entraîner des accidents

vasculaires cérébraux par rupture des vaisseaux entraînant des paralysies ou la mort. Des infarctus du myocarde ont également été décrits chez les cocaïnomanes très jeunes.

La cocaïne exerce également un effet neurologique puissant avec de violents maux de tête, des tremblements et parfois des convulsions. Les centres de la respiration situés dans le cerveau sont d'abord stimulés pour ensuite être déprimés ce qui provoque une hypoventilation pouvant aller jusqu'au décès.

On observera aussi des troubles au niveau psychique. En effet, on constatera une grande instabilité d'humeur, des délires paranoïdes ainsi que des attaques de panique. L'augmentation de l'activité psychique sera responsable d'insomnies, de pertes de mémoires et de phases d'excitation.

Enfin la cocaïne à la capacité de lever les inhibitions, ce qui peut conduire la personne à un comportement violent, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives… Cette sensation de toute-puissance pousse parfois les personnes consommatrices à passer à l'acte.

Les matériaux utilisés pour sniffer la cocaïne peuvent transmettre les virus de l'hépatite B et C s'ils sont partagés entre plusieurs usagers. En cas d'injection le matériel partagé peut transmettre le virus du sida et des hépatites B et C.

La cocaïne franchit la barrière fœto-placentaire et peut perturber dans 1 à 2% des cas la grossesse, l'enfant sera souvent prématuré, de poids inférieur à la norme et éventuellement affecté de malformations congénitales du crâne et du cœur. La drogue peut également passer dans le lait de la femme allaitante déterminant des troubles cardiaques et respiratoires chez l'enfant allaité. Des troubles neurologiques affectent ultérieurement 10 à 15% des enfants dont la mère a consommé régulièrement de la cocaïne lors de sa grossesse.

3.3.2.6 Cocaïne et dépendance

La cocaïne provoque une dépendance psychique importante ce qui rend difficile l'arrêt de la consommation tant le besoin d'en reprendre est présent. L'utilisation d'autres substances pour apaiser le manque est compliquée.

3.3.2.7 Les chiffres en France [25], [26]

L'usage de la cocaïne et du crack est de moins en moins rare même si l'usage au moins une fois dans la vie par la population générale en France est relativement faible. Cette substance reste une des drogues illicites les plus consommées après le cannabis, en 2010 son expérimentation concerne 3,8% des 18-64 ans. On remarque une tendance plus élevée chez les hommes (5,5%) que chez les femmes (2,2%).

Même si cela ne concerne qu'une petite partie de la population, ce produit a connu une diffusion croissante au cours des années 1990. La part des 18-64 ans ayant expérimenté la

cocaïne a été multipliée par trois en deux décennies passant de 0,8% en 1992 à 3,8% en 2010. Quant à l'usage régulier il est passé de 0,2% en 1992 à 0,9% en 2010.

L'expérimentation de la cocaïne concerne surtout les jeunes adultes, en particulier les 26-34 ans (8%), tandis que 6% des 18-25 ans et 2,2% des 45-64 ans ont déclaré l'avoir expérimenté. Le nombre d'expérimentations de cocaïne en France parmi les 11-75 ans est estimé à environ 1,5 millions de personnes et le nombre d'usagers au cours de l'année à environ 400 000 personnes.

Les milieux sociaux concernés par la diffusion de la cocaïne sont devenus tellement larges et hétérogènes qu'il est difficile aujourd'hui de dresser un portrait type du consommateur mais certains groupes sociaux sont particulièrement concernés. Leur trait commun est d'être majoritairement polyconsommateurs de substances avec l'alcool et le cannabis.

C'est ainsi qu'on distinguera deux groupes d'usagers : d'une part, ceux socialement insérés dont la consommation régulière est due à la fréquentation de l'espace festif, ce sont des gens qui peuvent être semi-insérés ou avec une situation professionnelle instable, ou alors des personnes issues de milieux très aisés, d'autre part les usagers désinsérés, précaires qui sont les consommateurs de crack. Le crack concerne effectivement une population plus précarisée car son coût est nettement inférieur à celui de la cocaïne car il se vend en très petites quantités.

3.3.2.8 La cocaïne et la législation [21]

La cocaïne sniffée ou fumée sous forme de poudre ou de base est classée comme stupéfiant et son usage est interdit. En acheter, en consommer, en donner, en revendre, en produire, en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi et sont passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux quelle que soit la quantité de produit incriminé.

Depuis 1990 la loi prévoit un volet de répression du trafic et des profits issus de ce trafic renforcé. Ainsi, les peines ont été aggravées allant pour certains trafics de stupéfiants jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et d'importantes amendes.

3.3.3 L'ecstasy et les amphétamines [13], [14], [27]

3.3.3.1 L'ecstasy

3.3.3.1.1 Définition

On appelle ecstasy un produit (comprimé, gélule, poudre) contenant une molécule de la famille chimique des amphétamines. Ceux-ci contiennent du méthylènedioxymétamphétamine (MDMA) qui est responsable des effets psychoactifs qui

combinent certains effets des stimulants et hallucinogènes. Le MDMA est un stimulant du système nerveux central avec des caractéristiques psychotropes.

On le trouve la plupart du temps sous forme de comprimés de différentes couleurs et de formes variées, ceux-ci peuvent être ornés d'un logo ou d'un motif.

Son contenu est souvent incertain. En effet, 9 fois sur 10 lors d'analyses toxicologiques, les comprimés contiennent bien des amphétamines mais également de la caféine, des médicaments, des sucres et des liants divers. Enfin 7% des comprimés d'ecstasy vendus ne contiennent pas de MDMA.

Lorsque le comprimé contient du MDMA, la quantité est très variable allant de quelques milligrammes à 150 milligrammes. Cette variation de quantité va conditionner l'effet ce qui rend l'évaluation du risque plus difficile.

Le « testing »

Le « testing » a été conçu pour palier au problème du contenu des comprimés d'amphétamines. Il permet de tester les pilules d'ecstasy, il est rapide et donc souvent utilisé lors de fête ou rave par des associations intervenant dans les milieux festifs. On verse une goutte de réactif sur le produit et en fonction de la réaction colorée on peut déterminer la présence ou non de MDMA. Ceci permet donc de contrôler les comprimés d'ecstasy. Le problème est qu'on ne connaît pas la quantité de MDMA dans le produit ni la présence de produit de coupage. Le « testing » est donc controversé car il peut donner un faux sentiment de sécurité aux consommateurs.

3.3.3.1.2 Historique

La MDMA a été synthétisée pour la première fois en 1898 puis redécouverte par les laboratoires Merck en 1912 qui le font breveter deux ans plus tard pour l'utiliser comme anorexigène et stimulant. Durant les années 1970 des usages récréatifs sont rapportés pour la première fois aux Etats-Unis, ils feront leur apparition en France à la fin des années 1980. Au début des années 1990, la consommation d'ecstasy en France était surtout rattachée à des mouvements de culture musicale techno et aux milieux festifs de type « rave party » et « free party ». Aujourd'hui la consommation a dépassé ce contexte culturel et on trouve des consommateurs dans les événements festifs en général.

3.3.3.1.3 Effets et dangers

La prise de MDMA va provoquer une certaine euphorie accompagnée d'une sensation de bien-être et de plaisir dans un premier temps mais parfois, une sensation d'angoisse avec une incapacité totale à communiquer peut être ressentie. L'effet dure entre deux et quatre heures avant la descente qui est associée à une forme de dépression plus ou moins intense.

La consommation de MDMA peut entraîner des nausées, des sueurs et des maux de tête. L'un des effets majeurs est la déshydratation de l'organisme et une élévation de la température corporelle. Cet effet sera d'autant plus fort que la consommation se fait dans un endroit surchauffé ou au cours d'un effort physique important comme lors des fêtes ou des « rave party ».

On peut également remarquer des troubles neuropsychiatriques type angoisse ou hallucination, des troubles digestifs et des pertes de connaissance chez les consommateurs d'ecstasy. Rarement, des décès ont été observés par hyperthermie ou arythmies cardiaques.

Une consommation régulière entraînera un amaigrissement, une irritabilité, des dépressions graves en cas d'usage intense nécessitant un traitement médical et une dépendance psychique.

Pour finir, des recherches ont montré que le MDMA pouvait provoquer des lésions de cellules nerveuses entraînant des maladies dégénératives ou des dépressions.

3.3.3.1.4 Les chiffres en France

L'ecstasy est un produit globalement peu expérimenté en France métropolitaine, 2,7% des personnes âgées de 18 à 64 ans en consomme régulièrement. Cependant, en 2010 le niveau d'expérimentation est nettement plus élevé chez les jeunes adultes (5,2% à 18-34 ans) que chez les plus âgés (1,1% à 35-64 ans). Ce niveau est en légère hausse depuis les années 1990. On estime à 1,1 millions le nombre de personnes âgées de 11 à 75 ans ayant consommé de l'ecstasy au moins une fois au cours de leur vie et de 150 000 celui des usagers au cours de l'année.

En 2011, deux jeunes sur cent âgés de 17 ans déclarent avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie, on remarque depuis 2005 une nette diminution de l'expérimentation de ce produit.

3.3.3.2 Les amphétamines

3.3.3.2.1 Définition

Les amphétamines ou speed sont des psychostimulants et anorexigènes puissants. Ils étaient utilisés auparavant comme coupe faim ou comme stimulant. Ce sont des molécules dérivées des phényléthylamines.

Depuis 1967, ils sont classés comme stupéfiants à cause de leur toxicité et la dépendance psychique qu'ils entraînent.

On les trouve sous forme de poudre à sniffer, de comprimés à avaler ou de cristaux conditionnés en gélules, ce sont des substances psychostimulantes qui entraînent une dépendance psychique et physique.

Quelques amphétamines sont utilisées sur le plan médical, en particulier dans les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant, dans certains cas d'obésité et de sevrage tabagique. Les effets secondaires ont suscité plusieurs débats sur leur utilisation en France notamment sur la balance bénéfice/risque. Les différents amphétamines et dérivés présents sur le marché sont le méthylphénidate et ses dérivés (utilisés dans les hyperactivités de l'enfant), le bupropion (utilisé dans le sevrage tabagique).

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine, la métamphétamine. Ses effets sont particulièrement dangereux et elle est très addictogène. Le nombre de consommateurs est en forte expansion et dépasserait celui de la cocaïne.

3.3.3.2.2 Historique

La première synthèse fut réalisée en 1887 mais cette découverte tomba rapidement dans l'oubli. Les recherches ont été reprises plusieurs années après et permirent de redécouvrir les amphétamines alors qu'on recherchait une substance permettant d'administrer l'adrénaline par voie orale. On cherchait alors un produit avec les mêmes propriétés bronchodilatatrices. Un chercheur de la firme pharmaceutique Lilly découvrit alors en 1920 qu'un extrait d'*Ephedra vulgaris* avait cet effet, le principe actif fut isolé et nommé éphédrine. Sa structure moléculaire était proche de l'adrénaline mais n'était pas dégradée par la digestion ce qui permettait sont administration par voie orale. Cependant, cette plante était rare ce qui rendait la fabrication d'éphédrine coûteuse.

C'est en 1927 que la synthèse d'un produit proche fut réussie, ils l'appelèrent alors amphétamines. En plus de l'action bronchodilatatrice, il y avait des effets psychostimulants, euphorisants et anorexigènes. Elle fut rapidement distribuée sous cette forme et était appréciée par les étudiants lors de période d'examens pour se passer de sommeil. Un dérivé la méthédrine fut très largement distribué lors de la seconde guerre mondiale pour permettre aux troupes allemandes de ne prendre aucun repos pendant les onze jours de la campagne des Balkans en mai 1941. Enfin les usines d'armement japonaises en distribuaient à leurs ouvriers ouvrant ainsi le marché ce qui provoqua l'accoutumance de 5% des jeunes japonais dans les années 1950.

Les amphétamines étaient très largement distribuées et c'est la mort de Tom Simpson lors du Tour de France en 1967, grand consommateur d'amphétamines, que ces dernières furent répertoriées par la convention sur les substances psychotropes comme stupéfiants en 1971.

3.3.3.2.3 Mode d'action

Ce sont des agonistes sympathomimétiques indirects qui vont stimuler le système de l'adrénaline. Ils augmentent la quantité de neuromédiateurs (dopamine, noradrénaline et pour les ecstasy la sérotonine) et vident les réserves des neurones en stimulant la libération ou en inhibant la recapture. Ceci explique donc l'effet limité dans le temps et la durée du contrecoup suivant la prise celui-ci étant dû au temps nécessaire pour reconstituer les réserves en médiateurs.

3.3.3.2.4 Effets et dangers

Au niveau physique, on remarquera une augmentation du rythme cardiaque induisant des troubles du rythme et une hypertension artérielle majorée par la vasoconstriction des artères. La prise d'amphétamines accélère également la respiration et entraîne une dilatation des bronches. Une hyperthermie est aussi constatée ce qui provoquera une dilatation des pupilles qui deviennent insensibles à la lumière, une sécheresse de la bouche, des douleurs musculaires et une crispation de la mâchoire.

Il existe différents effets au niveau psychique, ceux qui arrivent juste après l'ingestion et ceux qui sont dûs à une consommation régulière. Au maximum une heure après ingestion, les effets temporaires se manifestent, ils abolissent toute sensation de fatigue, stimulent l'éveil, et vont réduire la durée du sommeil. La prise d'amphétamine provoque alors une sensation d'euphorie, une désinhibition et une stimulation psychomotrice. C'est cette stimulation psychomotrice qui sera à l'origine du phénomène de dépendance psychique. Tous ces effets vont donner aux consommateurs une sensation de force, ils auront l'impression d'être plus endurant, ils ne sont plus freinés par des doutes et ressentent une augmentation de leurs facultés intellectuelles et de leur capacité de concentration. Ces effets ne sont pas confirmés par une observation médicale et des tests psychométriques.

Suite à cela un contrecoup dépressif est décrit et dure environ 8h. Il s'accompagne de tremblements, de maux de tête, d'irritabilité, de crises d'angoisse, d'un sentiment de lassitude, d'un épuisement accompagné d'une insomnie paradoxale et d'une perte d'initiative. Les activités intellectuelles semblent impossibles et un sentiment de dévalorisation s'installe petit à petit.

Une consommation régulière et répétée entraînera une dépendance physique accompagnée d'un amaigrissement, d'acné et d'ostéoporose ainsi qu'une dépendance psychique qui provoquera une insomnie (souvent associée à une prise de somnifères plus ou moins addictifs), des troubles du jugement, une irritabilité et une agressivité.

Un arrêt brutal de la consommation entraînera un syndrome de sevrage peu bruyant.

Il existe des cas d'intoxication grave aux amphétamines avec une agitation persistante ou une perte de connaissance. Ce sont des cas d'urgence, il est indispensable de prévenir les secours et de positionner la personne en position latérale de sécurité. Les examens d'urgence à pratiquer dans ce cas sont : la prise de température, un examen neurologique,

un bilan cardiaque, rénal, un contrôle des paramètres d'équilibre biochimiques (sodium, potassium, bicarbonates, calcium, glycémie), des gaz du sang (pour évaluer le retentissement de la respiration accélérée).

3.3.3.2.5 Les chiffres en France [28]

La consommation en amphétamine au moins une fois dans la vie est également faible dans la population générale en 2010 (1,7% des personnes de 18 à 75 ans). Elle est plus élevée chez le jeune adulte de 18-34 ans à 2,6% et elle est stable au-delà (aux environs de 1,2%).

Parmi les jeunes de 17 ans, 2,4% ont déjà expérimenté ce produit soit 2% chez les filles et 2,9% chez les garçons. Ces résultats sont en baisse depuis 2005.

3.3.3.3 La législation [29], [30]

L'ecstasy et les amphétamines sont des produits qui sont classés comme stupéfiants et leur usage est interdit.

La consommation de ce type de produit est souvent liée à des manifestations festives, depuis 2001 l'organisation de ce genre d'événements a été réglementé et soumis à certaines obligations. De plus dans le cadre de la lutte contre le trafic de stupéfiants de nouvelles dispositions pénales ont permis l'autorisation des opérations de police judiciaire aux abords des discothèques et autres lieux de consommation traditionnels de produits illicites, ceci a permis de compléter le cadre législatif en vigueur.

Depuis la fin des années 1980 le trafic d'ecstasy fait l'objet d'une pénalisation sévère qui s'est durcie. Ainsi, les peines encourues peuvent aller jusqu'à la prison à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros.

La création du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011 a permis de rappeler l'importance du rôle joué par la mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC) dans la surveillance des précurseurs classés par les industriels de la chimie servant à la fabrication des drogues de synthèse. Ceci permet d'attaquer le trafic d'ecstasy en amont en améliorant le contrôle des précurseurs chimiques qui servent à la fabrication de drogues de synthèse et permet ainsi de contrôler la composition des produits consommés.

3.3.4 L'héroïne [13], [14], [31], [32]

3.3.4.1 Définition

L'héroïne est une substance psychoactive de la famille des opiacés, c'est un dérivé de la morphine. Elle a un très fort potentiel addictif et est très puissante. C'est un alcaloïde de demi-synthèse nommé chlorhydrate de diacétylmorphine.

Elle se trouve sous forme de poudre ou de granulés écrasés, elle est utilisée par voie intraveineuse principalement mais peut également être sniffée ou fumée.

On retrouve principalement deux formes :

- L'héroïne-base, aussi appelée « brown-sugar », elle contient entre 30 et 50% d'héroïne. Le reste est composé de strychnine, d'aspirine et de caféine. Elle peut être de couleur marron ou grise et elle se mélange à de l'acide liquide (jus de citron ou vinaigre) lors de l'utilisation.

- La « blanche » qui est une héroïne raffinée. C'est une poudre blanche très fine et très pure.

3.3.4.2 Historique

Synthétisée en 1874 pour la première fois à partir de la morphine, cette molécule avait pour particularité d'être plus soluble que la morphine dans les lipides ce qui favorise sa pénétration dans les tissus nerveux. C'est cette propriété qui explique la rapidité d'action de l'héroïne ainsi que la puissance de ses effets surtout quand elle est utilisée par voie injectable.

En 1902, la société chimique et pharmaceutique Bayer commercialise les premiers comprimés d'héroïne sous forme orodispersible. Le succès de ce médicament fut alors fulgurant car il faisait disparaître la toux du tuberculeux, guérissait les morphinomanes et la pneumonie sans provoquer d'accoutumance. On le trouvait en vente libre jusqu'à 1920 pour soigner l'addiction à la morphine, l'asthme, la diarrhée ou encore l'insomnie. Vite après la commercialisation de ces comprimés les chercheurs de Bayer reconnaissent qu'une fois mêlée au sang l'héroïne devient bien plus puissante que la morphine et engendre des gros risques de dépendance. Mais les intérêts financiers ont empêché de publier les résultats, l'interdiction de la commercialisation date de 1920 après de nombreux cas de toxicomanie.

3.3.4.3 Effet pharmacologique

L'héroïne se fixe sur les récepteurs μ du cerveau ce qui provoque un effet antalgique très puissant. On remarque un autre effet qui est similaire à toutes les autres substances. En effet, l'héroïne active le circuit de la récompense et du plaisir.

Les récepteurs μ sont donc responsables des effets analgésiques majeurs mais aussi des effets euphorisants, dépresseurs respiratoires et de l'induction de la pharmacodépendance. Ces récepteurs participent aussi plus ou moins directement au contrôle de l'humeur, aux effets de renforcement, à la régulation de l'effet ventilatoire, au contrôle de certaines fonctions endocriniennes et digestives ainsi qu'au contrôle de la nociception.

Sa liposolubilité étant supérieure à celle de la morphine, elle présente une action plus rapide et plus intense mais de durée inférieure sur le système nerveux central.

3.3.4.4 Effets et dangers

L'effet principal recherché est le flash, celui-ci est décrit comme une sensation de plaisir intense éphémère qui peut être comparée à un orgasme sexuel. Il provoque une sensation d'apaisement, d'euphorie et lutte contre la douleur physique et psychique.

Cet effet est immédiat lors de l'utilisation par voie intraveineuse et est suivi d'une sensation de somnolence, accompagnée ou non de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

L'héroïne agit également comme anxiolytique et antidépresseur mais ces deux effets sont ponctuels. Il a été remarqué que certains héroïnomanes ont débuté leur consommation comme une automédication, tel une réponse urgente à une souffrance insupportable. En effet, il ne faut pas s'étonner qu'héroïnomanie et névrose soient si souvent associées.

Lors d'un usage répété une tolérance est observée et la sensation de plaisir intense diminue, par conséquent le consommateur va en quelques semaines devoir augmenter la quantité ainsi que la fréquence des prises. Rapidement la vie quotidienne va être axée sur la consommation d'héroïne, la dépendance s'installe alors très rapidement. L'héroïnomane va alors osciller entre deux états : des états de soulagement euphoriques lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne et des états de manque accompagnés d'agitation et d'anxiété. L'héroïnomane présente alors des risques importants de marginalisation sociale.

Lors de prise régulière, on observera une anorexie ainsi que des insomnies. On remarque aussi un myosis serré qui est typique.

Les usagers inexpérimentés peuvent ressentir une sensation de nausée voire de vomissements, une constipation, une réduction de la diurèse, un trouble momentané de la mémoire, de la vigilance et de l'attention, voire un endormissement ou une somnolence.

Le risque majeur de prise d'héroïne est l'overdose ou surdosage qui va provoquer une dépression respiratoire souvent mortelle. Elle est généralement provoquée par une

consommation trop importante de produit en une utilisation mais peut aussi être observée avec de faibles doses notamment lors de la reprise de consommation après une période plus ou moins longue d'abstinence. On peut également observer ce phénomène chez des usagers naïfs de toutes prises d'opiacés ou alors lors d'un changement de produit et dont l'origine est inconnue. Lors d'une overdose, on remarque une dépression respiratoire ou une hypotension artérielle grave avec un arrêt cardio-respiratoire qui entraînera un coma pouvant aboutir à la mort. Ce risque va être augmenté lors de la prise concomitante d'héroïne et d'alcool ou de benzodiazépines.

Les signes cliniques de l'overdose sont : des troubles de la conscience (coma profond aréactif, hypoxie cérébrale), un myosis serré, une dépression respiratoire avec bradypnée < 14/minutes ce qui peut aboutir à un arrêt cardiaque anoxique, dans les formes les plus graves, le patient décède des conséquences d'une apnée prolongée. Avec ces signes, on observe également une hypotension, une hypothermie, une rhabdomiolyse toxique, un œdème aigu du poumon et enfin, des convulsions à cause des impuretés présentes dans le produit.

Enfin lors d'utilisation par voie intraveineuse il y a un risque d'infection locale type abcès et d'inoculation de bactéries dans le sang, ce qui peut entraîner une infection cardiaque grave ou une septicémie. Ceci est souvent dû à un non-respect des règles d'hygiène. La mise en commun du matériel d'injection et des objets de préparation va exposer le consommateur à une contamination par le virus du sida ou de l'hépatite C. C'est pour cela que depuis 1987 une politique de réduction des risques a été mise en place.

3.3.4.5 Héroïne et dépendance

Elle arrive après plusieurs jours de consommation régulière, le pouvoir addictif de l'héroïne étant très fort.

On caractérise cette dépendance par l'arrivée d'un syndrome de sevrage ou de manque dès l'arrêt de la prise du produit.

Lors de ce syndrome de manque on observe de nombreux symptômes physiques et psychiques tels que : des douleurs musculaires, des douleurs dans les os et les articulations, des nausées, des vomissements, des crampes d'estomac, des larmoiements, des bâillements, des frissons, des sueurs intenses, des sensations de chaud et froid, de chair de poule, de tremblements, une mydriase, une insomnie, une augmentation de l'angoisse, une sensation de fatigue alternant avec des états d'agitation et de fortes envies de consommation qui peuvent devenir obsédantes.

Tous ces symptômes font qu'il est extrêmement difficile d'arrêter la consommation d'héroïne d'un seul coup du jour au lendemain.

La dépendance physique impose une prise toutes le 6 à 8h minimum afin d'éviter un état de manque. Ce besoin de prise fréquent crée des risques d'ordres sociaux et judiciaires. En

effet, l'héroïne est une drogue chère qu'il est difficile de se procurer, et de ce fait, la recherche et l'achat sont liés à un risque important de transgression de loi, de côtoiement de milieux souvent violents et dangereux et de mise en péril financière. Au niveau professionnel, le risque est la consommation sur le lieu de travail. Il y aura alors un risque d'accidents, de retards et de rejet.

3.3.4.6 Les chiffres en France [33], [34]

Le niveau d'expérimentation de l'héroïne en France est de 1,2% chez les 18-64 ans, 1,7% chez les 18-34 ans et 1% chez les 35-64 ans ce qui nous montre un usage rare en population générale. En 2010 l'expérimentation est en hausse par rapport à 2005, cette augmentation est observée seulement chez les hommes (1,4 à 1,9%), ce nombre est estimé à 500 000 personnes chez les 12-75 ans.

En 2011, 0,9% des jeunes âgés de 17 ans a expérimenté l'héroïne, par rapport à 2008 ces chiffres sont en baisse pour les garçons (1,4%) mais stable chez les filles.

En France la partie la plus visible de la population consommatrice d'héroïne est constituée des personnes qui fréquentent les structures dites de première ligne consacrées à la réduction des risques (boutiques, programmes d'échanges de seringues) et les centres de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST). Il s'agit d'une partie à dominante masculine et âgée de plus de trente ans.

Depuis le début des années 1990, la proportion d'usagers pris en charge par ce type de structure du fait de consommations problématiques d'héroïne est en constante diminution.

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence de nouvelles populations d'usagers d'héroïne. Ces populations, plus jeunes, sont plus difficiles à décrire car elles échappent au système sanitaire et social. En fonction des observations des acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, une typologie de ces usagers peut être dressée. Celle-ci se subdivise en trois groupes distincts :

- des usagers en situation précaire, évoluant dans des milieux festifs technos et des zones urbaines. Il s'agit d'une population plutôt jeune, souvent en situation d'errance volontaire ou non,
- des usagers plus intégrés socialement qui fréquentent aussi le milieu festif techno qui sont essentiellement consommateurs de produits stimulants et qui prennent de l'héroïne en complément,
- des usagers ayant une pratique occasionnelle du produit que ce soit dans un contexte festif ou privé.

Alors qu'on remarque une diminution de l'utilisation par voie intraveineuse, l'usage de la voie nasale est en augmentation. Même si depuis quelques années il semble que la pratique d'injection de l'héroïne soit en diminution, il n'en demeure pas moins que ce mode d'administration est toujours majoritaire. On remarque que plus l'utilisateur est jeune plus il

aura tendance à avoir recours au sniff. Enfin dans le milieu festif l'absorption par voie nasale est largement majoritaire.

3.3.4.7 La réduction des risques [13], [14], [35], [36]

Depuis les années 80 des programmes spécifiques ont été mis en place auprès des usagers de drogues afin d'éviter la contamination par le virus du sida et par les virus de l'hépatite B et C.

On peut citer suite à ces programmes spécifiques la création de la stéribox®. Celle-ci entre dans la logique de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogue par voie injectable. Le but est de donner aux usagers le moyen de préserver leur santé en utilisant des pratiques les moins délétères possibles. Cette trousse a été imaginée par Dr Elliot Imbert en 1991 et sa distribution est autorisée depuis 1994. Depuis en 1999 une seconde version de la stéribox, la stéribox2, a été développée pour répondre à de nouvelles exigences sanitaires.

Cette stéribox est accessible en Pharmacie au prix maximum conseillé de 1€, il existe un équivalent gratuit le « Kit+ » disponible dans certaines associations.

Le contenu de la stéribox est le suivant :

- 2 seringues à insuline de 1mL,
- 2 ampoules d'eau pour préparation injectable,
- 2 tampons imbibés d'alcool,
- 1 préservatif,
- 2 stéricups qui contiennent chacun un récipient en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton et un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration),
- 1 mode d'emploi ainsi que des conseils explicites.

3.3.4.8 L'héroïne et la législation [21], [37]

L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant et son usage est interdit.

La loi du 31 décembre 1970 qui réprime l'usage et le trafic de stupéfiants a été fortement inspirée par la situation sanitaire des héroïnomanes. Elle prévoit des alternatives sanitaires aux poursuites pénales notamment l'injonction thérapeutique que le juge peut ordonner à un usager reconnu dépendant plutôt que d'engager des poursuites à son encontre. Le

nombre d'injonctions thérapeutiques est resté stable au cours des dernières années (aux environs de 4 000 par an) malgré la diminution du nombre de consommateurs.

A l'instar des autres drogues illicites, le trafic d'héroïne fait l'objet d'une pénalisation sévère qui s'est durcie depuis la fin des années 80. Ainsi, les peines encourues peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité ainsi qu'une amende de 7,5 millions d'euros pour les formes les plus constituées de trafic organisé.

PARTIE 2 : LES OUTILS DU SEVRAGE

1 GENERALITES SUR LE SEVRAGE

1.1 SE FAIRE AIDER [38]

Le sevrage à une drogue est très difficile. En effet, il est très exceptionnel, voire impossible, d'arrêter seul dès que l'on a atteint un début de dépendance, qu'elle soit consciente ou non. Ceci est dû au fait que la drogue modifie profondément la personnalité et annihile la volonté et la persévérance nécessaires.

Il apparaît que la cure de sevrage n'a de sens que si elle est l'élément d'un programme global, d'un traitement s'inscrivant généralement dans le long terme.

Il est donc important, de se faire aider et suivre par un ou plusieurs spécialiste(s).

1.2 LA DEMARCHE A SUIVRE [39]

La démarche commence fréquemment par la rencontre avec un médecin de famille, ou un autre personnel soignant qui oriente ensuite l'utilisateur vers les structures appropriées. Beaucoup de toxicomanes ont du mal à parler de ce genre de problème avec un médecin qu'ils connaissent, de peur que celui-ci ne respecte pas le secret médical. C'est pour cela que nombreux sont les consommateurs à se rendre directement dans un centre spécialisé.

Les soins porteront sur l'ensemble des problèmes liés à la toxicomanie :

- La gestion du manque,
- L'analyse et le soin des causes de la consommation de drogue lorsque cela est possible,
- Le soin des conséquences somatiques générées par la drogue,
- Le soin des conséquences psychiques,
- Le traitement de la dépendance physique et psychique comprenant une cure de sevrage pour la dépendance physique et une post-cure pour la dépendance psychique,
- Une aide à la résolution de problèmes familiaux,
- Le traitement des problèmes sociaux.

Ces soins doivent être conduits dans un certain ordre et seul un spécialiste peut aider le consommateur à les planifier convenablement.

1.3 LES ETAPES D'UN SEVRAGE [71]

1.3.1 La prise de conscience

Il est très difficile de convaincre un utilisateur de drogue de cesser sa consommation s'il se trouve dans la phase de « plaisir » et qu'il n'a pas encore pris conscience des effets néfastes de sa consommation et/ou de sa dépendance et ne voit que le plaisir que lui procure la drogue.

Au sujet de la dépendance, beaucoup d'utilisateurs de drogue n'ont pas conscience de leur dépendance et pensent pouvoir s'arrêter quand ils veulent. C'est souvent lorsqu'ils essayent réellement d'arrêter qu'ils découvrent cette dépendance.

Ce n'est que lorsque l'utilisateur a pris conscience du problème, soit de lui-même, soit que ses parents ou son entourage ont réussi à lui faire prendre conscience des difficultés présentes ou à venir, qu'il peut alors ressentir la motivation nécessaire pour tenter d'arrêter.

Cette motivation peut-être générée par différentes choses telles que :

- La prise de conscience des effets néfastes de la drogue sur sa santé physique ou psychique
- La prise de conscience sur sa vie familiale, l'impact sur son entourage, le risque de séparation ou de divorce
- Un problème social lié à la drogue : un accident, une interpellation ou le risque de perdre son emploi
- La prise de conscience de l'éloignement de son entourage et de son isolement social
- Les problèmes financiers liés à l'addiction
- La prise de conscience de sa dépendance et de la déchéance qu'elle entraîne
- La pression de la famille et de l'entourage pour se faire soigner après avoir aidé à la prise de conscience des problèmes
- Un événement positif qui peut être compromis par la toxicomanie : rencontre amoureuse, grossesse, promotion professionnelle

1.3.2 Le cycle de Di Clemente Prochaska [72], [73]

Il existe de nombreuses théories sur les différentes étapes du sevrage, le cycle de Di Clemente Prochaska est utilisé par de nombreux professionnels de santé partout dans le monde.

C'est une spirale ascendante dans laquelle le toxicomane apprend au fur et à mesure des étapes ce qui permet de l'aider à ne pas refaire les mêmes erreurs :

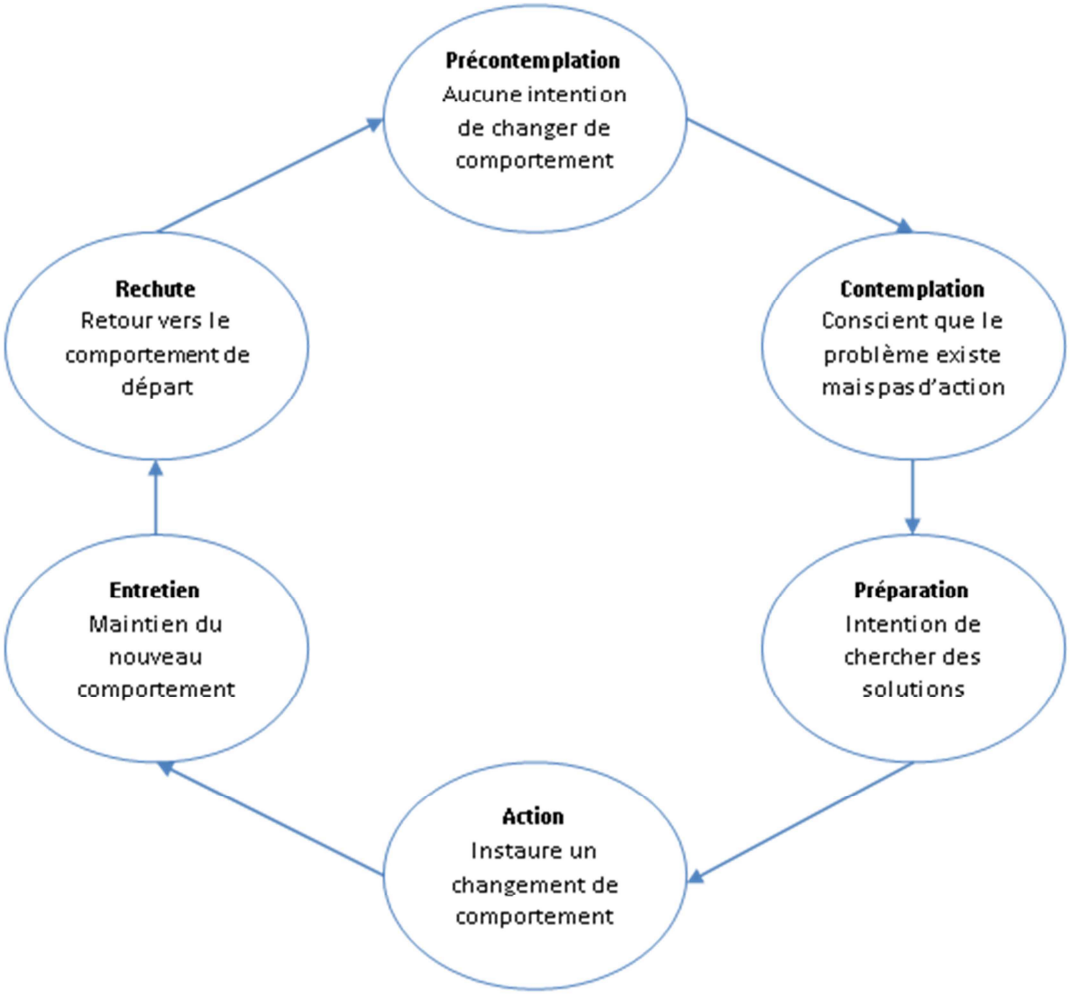


Figure 4: Cycle de Di Clemente Porchaska

On remarque sur ce cycle, différentes étapes :

- Précontemplation : c'est le point de départ de la théorie. Le patient ne présente aucune intention de changer son comportement tout simplement car celui-ci n'est pas conscient qu'il existe un problème. En général ce sont ses proches qui essayent de lui faire prendre conscience, il est déconseillé de commencer un traitement à ce stade-là.
- Contemplation : A ce stade, la personne prend compte du problème sans toutefois ne prendre aucune mesure de changement. On remarque une certaine ambivalence chez le patient, en effet il est entre l'envie de changer de comportement et l'envie de rester le même.
- Préparation : le consommateur a l'intention de prendre des mesures pour corriger le problème car il est convaincu qu'il doit changer de comportement. La personne pense pouvoir apporter un changement par lui-même et commence à planifier celui-ci.
- Action : on note à ce moment-là une modification du comportement et la mise en œuvre d'un plan de changement.

- Entretien : la modification du comportement s'inscrit sur la durée et ainsi de nouvelles habitudes remplacent les anciennes. Dans ce modèle cette étape peut être transitoire et le patient retombe facilement au stade de précontemplation. S'il rechute il retourne à un stade antérieur, le plus souvent directement à celui de la contemplation.
- Précontemplation : le consommateur a retrouvé son ancien comportement et ne se rend pas compte que le problème existe à nouveau

Dans ce modèle il n'y a pas d'aboutissement au processus de changement. La théorie part du principe que la personne est en constante progression.

Dans une certaine logique, la rechute et le retour des comportements indésirables suivent la phase d'entretien des comportements nouvellement acquis. Mais il est possible qu'une personne reste des années à l'étape de l'entretien sans jamais rechuter.

Quand il y a une rechute, ils peuvent ne pas en être conscient ou encore passer rapidement la phase de précontemplation car ils sont réalistes concernant leurs problèmes.

Il faut espérer que lors des phases de préparation, d'action et d'entretien, la personne a mis en place un système de soutien et d'adaptation afin d'éviter les rechutes.

1.3.3 Le cycle de Di Clemente en pratique :

Ce modèle est très utilisé pour faire comprendre au patient que la voie de la guérison sera longue et difficile à parcourir.

A chaque stade il y a une certaine intervention à avoir :

- La précontemplation : il faudra aider à la prise de conscience du problème et de la possibilité de changer
- La contemplation : à ce stade il faut aider à trancher le problème en présentant les inconvénients de la situation actuelle. La difficulté réside dans le fait que les avantages de la situation sont toujours présents
- La préparation : on donne des conseils à la demande et en fonction des besoins du patient, le soutien psychologique est omniprésent et il peut également être accompagné d'une prescription de traitement
- L'action et le maintien de celle-ci : il faudra aider la personne à la prise de conscience des bénéfices de l'arrêt et l'aider à verbaliser les inconvénients ainsi que les difficultés induites par le changement de comportement pour permettre une meilleure prise en charge.

  La rechute : il va y avoir une évaluation du processus de rechute et recherche de stratégies pour la contrer. Il va falloir adapter la prise en charge et recommencer le travail motivationnel.

1.4 LE CADRE [39], [40], [41], [42], [43]

1.4.1 Ambulatoire

Dans la majorité des cas, le traitement aura lieu en ambulatoire. Ainsi l'usager mène sa vie habituelle et se rend dans les différents lieux de soin et d'aide tel que le médecin, l'hôpital, le CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes)… Cette prise en charge peut être une solution intéressante mais certains éléments la rendent délicate. En effet, des antécédents de complications psychiatriques, des troubles de la personnalité, des maladies intercurrentes telles que le sida ou l'hépatite, l'absence de soutien de proximité, la désinsertion sociale sont autant de critères qui rendent le sevrage en ambulatoire difficile.

1.4.2 Institutionnel

Dans des cas difficiles, le traitement pourra avoir lieu en résidentiel dans un hôpital ou un centre spécialisé comprenant un hébergement pour assurer un suivi constant. Les places sont malheureusement rares en France et il est nécessaire d'être introduit par un médecin ou un CSST qui jugeront de l'utilité d'un suivi résidentiel. Il n'existe pas de consensus sur le choix de telle ou telle structure ou type de service plutôt que l'autre.

Dans la très grande majorité des cas, l'hospitalisation se passe avec l'accord du patient et elle remplit alors son rôle thérapeutique. Il arrive cependant que des parents, époux ou proches ne supportent plus la violence, la dépression ou les hallucinations de toxicomanes et demandent alors une hospitalisation sous contrainte (sans consentement). Celle-ci est régie par des règles très strictes afin d'éviter tout abus et de respecter les droits de la personne concernée. Ce genre d'hospitalisation n'est applicable que lorsque le consommateur représente un danger réel pour lui-même avec un risque de tentative de suicide ou un danger d'agression envers les autres et qu'il n'est psychiquement pas prêt à consentir aux soins. La prise en charge sous contrainte n'est applicable que si les soins nécessaires sont indispensables immédiatement et nécessitent une surveillance constante. Il faut savoir que ce n'est pas une méthode efficace pour sortir de la drogue. En effet, sortir de la dépendance, particulièrement psychique, nécessite la prise de conscience, l'intuition et le consentement du toxicomane. C'est une solution à court terme mais qui à long terme ne résoudra pas le problème de dépendance et les différents problèmes qui ont conduit à la toxicomanie. Elle peut cependant permettre un début de prise de conscience et l'entrée dans un programme de soins à long terme.

Cette prise en charge est fréquente en milieu carcéral, de manière forcée et avec un accompagnement médical insuffisant.

Il existe deux types d'hospitalisation sous contrainte :

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) :

Dans ce cas, la procédure sera la suivante : un tiers proche et agissant dans l'intérêt du patient fait une demande, écrite et motivée, d'hospitalisation celle-ci devra être accompagnée de deux certificats médicaux émanant de deux médecins différents, et justifiant le bien-fondé médical de cette hospitalisation. En pratique, la personne qui fait la demande s'adresse à un médecin qui évalue la situation et entame les démarches s'il les juge nécessaires. Le patient est ensuite examiné par le médecin hospitalier qui conforte ou non le diagnostic du premier médecin.
La levée de la HDT se fait soit par certificat médical du médecin hospitalier soit à la demande du tiers qui a signé la demande d'hospitalisation.

- L'hospitalisation d'office (HO) :
  Ce type d'hospitalisation est généralement déclenché par une intervention de police consécutive à des événements graves causés par le toxicomane. Elle est formellement ordonnée par le maire ou le préfet au vu d'un certificat médical.
  La levée de la HO nécessite l'accord du préfet.

1.5 LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Les psychothérapies sont largement mises à profit dans la prise en charge des conduites addictives de toute nature, les thérapies cognitives et comportementales ont également fait preuve d'efficacité pour réduire la consommation du cannabis. Toutefois aucune forme de psychothérapie ne serait plus efficace que les autres.

L'intervention psychologique est nécessaire chaque fois que la seule motivation soutenue par les techniques médicales ne suffit pas à sortir d'une addiction. Par ailleurs, de nombreuses addictions se sont construites sur des terrains psychologiques complexes qui réapparaissent au moment où l'on veut s'arrêter.

L'intervention psychologique vise à soutenir la motivation initiale et à traiter les différents problèmes qui peuvent survenir pendant le traitement, ce qui explique qu'elle pourra prendre plusieurs formes en fonction des besoins. Ainsi elle peut consister en un conseil ponctuel, une intervention brève en quelques séances ou en une psychothérapie reposant sur un engagement à long terme. Quelles que soient ses modalités, cette prise en charge vise dans un premier temps à soutenir la démarche entreprise et si nécessaire d'aller plus loin, mettre à jour ce qui, dans la composante personnelle de l'addiction, a favorisé son développement, réduire l'éventuelle souffrance psychique préalable ou consécutive à l'addiction.

Plusieurs techniques sont utilisées, individuellement ou en groupe, avec des succès difficilement comparables car elles ne concernent pas les mêmes personnes aux mêmes moments.

Les principales techniques employées :

- Les thérapies cognitivo-comportementales qui visent à substituer aux comportements addictifs, d'autres comportements socialement acceptés au moyen de techniques d'apprentissage. Elles sont particulièrement recommandées pour une aide à court terme dans un contexte non compliqué par une histoire personnelle lourde. Ces thérapies sont fondées sur des techniques dont le but est de changer le comportement du consommateur à travers des exercices pratiques qui interviennent sur le comportement (thérapie comportementale) et sur la pensée (thérapie cognitive) afin d'aboutir à un comportement plus adapté c'est-à-dire qui ne procure ni souffrance ni angoisse,
- Les thérapies d'inspiration psychanalytique visent à faire émerger les conflits qui ont favorisé ou causé le développement d'une addiction. Elles sont particulièrement recommandées lorsque l'addiction recouvre une souffrance sous-jacente,
- Les thérapies corporelles visent à restaurer l'importance du corps et mettent l'accent sur ses ressentis. De nombreuses méthodes existent impliquant le plus souvent un travail en groupe. Elles sont indiquées pour des personnes ayant des difficultés à s'exprimer et peuvent être préalables à une thérapie d'inspiration analytique,
- Les thérapies systémiques s'intéressent aux interactions entre la personne et son environnement. Il s'agit alors d'entretiens familiaux, parfois filmés, en présence d'un ou de deux thérapeutes, qui relèvent les modalités de communication intra-familiale et les interactions pathogènes. Cette technique suppose une bonne capacité de mobilisation de l'entourage.

La technique employée est importante mais bien moins que la qualité de la relation avec le psychothérapeute et son expérience.

1.6 LA PSYCHANALYSE

Il s'agit d'une technique reposant sur la parole dans un cadre défini par des séances limitées dans le temps, régulière, payante et sur du long terme, et d'un ensemble de théories reposant sur l'idée d'une vie psychique dominée par l'inconscient. La psychanalyse est à la fois une méthode de soins, une approche philosophique, et un modèle de compréhension de l'appareil psychique, il va sonder l'inconscient. L'inventeur de cette méthode est Sigmund Freud.

Si la théorie peut avoir une forte puissance explicative des addictions, la technique est difficilement utilisable en première intention, car elle exige du patient un certain intérêt et une certaine discipline. Or il est souvent nécessaire que les problèmes médicaux et sociaux soient résolus ou stabilisés dans un premier temps. La psychanalyse trouve très clairement sa raison d'être quand la consommation de drogue vient pallier une souffrance. Cette dernière peut trouver son origine dans l'histoire personnelle, familiale ou sociale du consommateur, mais aussi dans une difficulté d'exister.

Des praticiens formés à la psychanalyse exercent dans différents centres de soins et construisent leur intervention à partir des théories psychanalytiques sans pour autant qu'il s'agisse d'une psychanalyse. Cette pratique demande un engagement personnel auquel personne ne peut être contraint et permet ainsi un réaménagement psychique des plus durables.

Quand le consommateur se trouve en période où l'essentiel de son activité se résume à chercher et à consommer le produit, les psychanalystes reconnaissent qu'ils sont alors de peu d'utilité, et qu'il leur est même difficile de prendre en charge des personnes qui souffrent à la fois sur le plan physique et sur le plan psychique, avec un rapport au produit particulier. En effet, on rappelle que l'une des conditions de la réussite de cette méthode est de permettre l'émergence du désir. Or, même chez des personnes non consommatrices de drogue, cela peut prendre plusieurs années, selon les individus et la façon dont ils s'impliquent dans leur travail psychanalytique. Il n'est donc pas étonnant que ce soit encore plus compliqué pour quelqu'un dont l'esprit est entièrement tourné vers la nécessité de se procurer son produit.

Plus qu'une thérapie, la psychanalyse, en tant que méthode d'analyse du fonctionnement du psychisme, est un outil qui a permis de comprendre beaucoup de choses concernant la toxicomanie. Pour cette raison, un certain nombre de psychanalystes ont opté à une époque pour des thérapies brèves, comme les thérapies cognitives et comportementales davantage axées sur le « symptôme » et qui pouvaient a priori, une fois la période aiguë passée, permettre au consommateur de travailler leur problématique en entamant une cure psychanalytique ou de type analytique. Aujourd'hui, un certain consensus se dégage autour de l'idée qu'un consommateur peut bénéficier à la fois d'une prise en charge thérapeutique (comprenant des médicaments pour aider au sevrage), d'une thérapie brève visant à améliorer son comportement vis-à-vis du produit et d'une psychanalyse pour traiter le problème plus en profondeur.

Le recours à ces professionnels en ville n'est actuellement pas pris en charge par la sécurité sociale et le coût de l'intervention est souvent compris entre 50 et 70€ la séance ce qui peut être un frein à ce type d'aide.

Les centres d'accompagnement, de soins, et de prévention en addictologie disposent d'équipes pluridisciplinaires incluant le plus souvent des psychologues.

1.7 LES TRAITEMENTS MEDICAUX DES ADDICTIONS

L'intervention médicale a comme but premier de prévenir les dommages créés par l'addiction puis de prévenir la survenue d'une dépendance.

En cas d'échec de la prévention, les traitements médicaux poursuivent deux objectifs concomitants ou successifs : le traitement des dommages et le traitement de la dépendance

ou plutôt l'aide à s'en extraire. Dans le premiers cas il va falloir diagnostiquer correctement les complications physiques et psychiques pour mettre en œuvre les traitements appropriés.

Face à la dépendance, l'intervention médicale consiste à soutenir le patient dans sa volonté de sortir de l'assujettissement tout en tenant compte des conditions de réalisation de ce qui représente un profond et vaste changement dans sa vie. C'est pourquoi le médecin pourra proposer plusieurs alternatives qui pourront s'associer ou non :

- Une aide pour l'arrêt de l'addiction en apportant des moyens pour en atténuer les effets pénibles : ce sont les traitements de sevrage,
- Des moyens de différer l'état de manque et de déplacer la dépendance sur des médicaments : ce sont les traitements de substitution. La médecine ne dispose actuellement de tels médicaments que pour la dépendance aux opiacés et à la nicotine.

Il s'agit de deux méthodes distinctes pour parvenir au même but qui est l'arrêt du produit et l'amélioration de la santé de la personne. L'ensemble de ces interventions médicales doit répondre à une condition première qui est de ne pas apporter plus de dommages que l'addiction elle-même. Les addictions, en particulier l'alcoolisme et les toxicomanies, ont été et sont encore un prétexte à toutes sortes de traitement brutaux et violation des droits élémentaires de la personne.

1.7.1 Le traitement de sevrage

Le sevrage signifie dans l'opinion publique la fin de la dépendance comme le sevrage du jeune enfant signifie qu'il n'est plus dépendant de sa mère. Dans le langage médical et « addictologique », le terme de sevrage est réservé à la période de résolution de la dépendance physique. Cela est source de confusion et a conduit à attribuer abusivement à la « cure de sevrage » le pouvoir de guérir la dépendance. Cela a aussi conduit à rejeter sur le patient dépendant la faute de sa rechute après la cure alors que cette dernière n'est qu'un bref moment, le temps que l'état de manque physique passe, et qui laisse donc entier le problème de dépendance psychologique.

L'interruption de l'apport de substance chez le sujet dépendant provoque un état de souffrance plus ou moins prononcé qui va s'installer plus ou moins rapidement puis disparaître. Il est de durée et d'intensité différentes selon les individus, la gravité de la dépendance et la substance en cause. Mais l'organisme se réadapte toujours à l'absence du produit dont il est dépendant.

L'aide que peuvent apporter le médecin et les médicaments dans cette période consiste à :

- Optimiser la réadaptation de l'organisme en accélérant et en atténuant les symptômes physiques et psychiques du manque,
- Renforcer la motivation du patient avant et après le sevrage.

Ce n'est donc pas un traitement curatif de la dépendance, mais il peut être indispensable pour des personnes dont l'arrêt de l'intoxication comportera de sérieux risques pour l'organisme. Un traitement de sevrage doit aussi être correctement réalisé lorsque la personne s'avère psychologiquement fragile, la situation de sevrage pouvant être à l'origine d'un état dépressif ou psychotique aux conséquences graves.

1.7.2 Le traitement de substitution

La substitution est souvent présentée comme une stratégie opposée au sevrage. On ne déclenche pas l'arrêt total de la prise de produit mais on prescrit ce produit pour que sa consommation soit moins dommageable à l'usager et à la société.

La substitution et le sevrage ne s'opposent pas, elles offrent une alternative qui permet un choix en fonction de quelques critères, dont le principal est celui de la possibilité pour le sujet de s'engager immédiatement et sans trop de risque d'échec dans une abstinence.

Cependant comme dit précédemment cette alternative n'existe que pour le sevrage aux opiacés et à la nicotine. Pour la dépendance aux autres drogues, des traitements similaires ou des stratégies de remplacement peuvent être proposées mais ils ne sont pas scientifiquement validés.

Pour l'ensemble des substances, il est parfois possible mais pas toujours légal de proposer une prescription de la substance elle-même afin de mieux contrôler la qualité de ce qui est consommé et de tempérer cette consommation. Mais cela semble difficile à réaliser et peu probant, excepté dans certains cas précis comme les programmes de prescription d'héroïne qui existent dans quelques pays européens.

D'une façon générale, le principe de la substitution repose sur un double déplacement. D'abord le déplacement de la consommation d'un produit d'action rapide, intense et illégal vers un produit plus sûr, d'action plus lente et moins euphorisante. Ce premier déplacement permet de détacher au moins partiellement la prise de produit de toute l'expérience qui l'entourait précédemment tel que le monde de la drogue pour l'héroïnomane ou encore celui des rituels chez le fumeur de cannabis.

Le deuxième déplacement est celui du mode de régulation de la consommation. Cette régulation ne dépend plus des seules forces et volonté de l'usager mais va s'exercer aussi par le prescripteur et le cadre d'utilisation du traitement. Ceci permettra une nouvelle alliance thérapeutique entre le patient et son prescripteur et donne davantage de chance de stabiliser la consommation puis de pouvoir la diminuer dans le but de l'arrêter un jour totalement et définitivement.

Pour autant les traitements de substitution ne sont pas des traitements de l'addiction. Ils n'interviennent que sur la sensation de manque, mais sont sans effet sur les facteurs psychologiques et sociaux qui ont participé à la construction de l'addiction.

Le traitement de substitution présente plusieurs intérêts. D'abord, il permet la stabilisation grâce au soulagement de la tension suscitée chez toute personne dépendante par la crainte de l'état de manque. Il permet d'éviter et de retarder l'état de crise totale que constitue le manque qu'il faut au contraire traverser lors du sevrage. Ce traitement donnera du temps pour préparer plus calmement à l'après dépendance, à la reconquête d'une place et d'une identité dans la société, il crée les conditions favorables à la mise en place d'un soutien psychologique. De plus ce traitement, par les contacts réguliers avec des soignants, facilite l'accès aux soins somatiques et aux droits sociaux pour des personnes parfois très démunies et désinsérées.

Le reproche qui est souvent fait à la substitution est qu'il déplace le problème de la dépendance mais ne le résout pas, voire l'entretient. Cette critique repose sur une conception du traitement qui est celle du tout ou rien. Cette approche simpliste érige l'abstinence en idéal et laisse croire qu'il n'y a pas de mieux être en dehors de cet idéal. Le traitement de la dépendance n'est pourtant pas réductible à l'abstinence. L'accès à l'autonomie et au bien-être est un processus qui passe par des étapes et l'une d'entre elles peut être, pour un temps, le maintien de la dépendance à une substance pour peu que celle-ci se stabilise. C'est là une fonction essentielle des traitements de substitution que de stabiliser la dépendance, la médiatiser et donc la socialiser. Cela permet de mettre de côté les problèmes posés par l'arrêt total ou les perturbations générées par la poursuite de l'usage du produit et d'ouvrir des possibilités nouvelles pour que la vie change : rencontres, nouvel équilibre familial, expérience professionnelle… Il ne s'agit donc aucunement d'un abandon du sujet à sa dépendance.

Le sevrage ultérieur aux médicaments de substitution est long et difficile. La mise en place de ce type de traitement ne doit donc pas être considérée comme une prise en charge de type palliative. Cette prise en charge s'étalera sur plusieurs années et le suivi de la substitution par le médecin devra être rigoureux. En effet, l'arrêt du produit de substitution se fera par palier et peut être à l'origine de rechute.

1.7.3 D'autres traitements existent-ils ?

En dehors des traitements de sevrage et de substitution, d'autres traitements tendent actuellement à se développer mais sont pour la plupart encore à l'état de recherche.

C'est le cas d'un certain nombre de molécules synthétiques qui pourraient s'avérer « addictolytiques », c'est-à-dire empêcher ou dissoudre un état de dépendance en agissant sur certains récepteurs des cellules du cerveau qui sont impliqués dans la genèse de la dépendance.

Il en est de même pour la mise à disposition d'un « vaccin anticocaïne » dont on nous annonce l'arrivée prochaine mais qui semble se heurter à des difficultés techniques importantes.

Avec le nouvel intérêt des sciences pour l'addictologie, nous voyons arriver des techniques modernes destinées à contribuer aux traitements des addictions. Ces techniques doivent bien sûr être accueillies avec prudence car il ne faut pas oublier qu'une bonne part de l'extension des toxicomanies provient des mythes créés autour des objets issus de la science et de la médecine. En effet, on a soigné les opiomanes avec de la morphine puis les morphinomanes avec de l'héroïne.

2 LE SEVRAGE AU CANNABIS

Jusqu'au début des années 1990, peu de travaux ont été consacrés à la prise en charge médicale de l'usage abusif ou de la dépendance au cannabis, car l'impact de la consommation de cette drogue demeurait sous-estimé. La situation a largement évolué depuis et le nombre de consommateurs nécessitant clairement une intervention médicale en a fait un vrai problème de santé publique.

2.1 UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE [44]

Lorsque le consommateur consulte un médecin, ce dernier évitera tout manichéisme. En effet, il ne doit pas banaliser l'usage de la drogue mais il ne doit pas non plus dramatiser cette consommation. La première consultation sera fondamentale, le consommateur pourra choisir son médecin généraliste, un médecin qu'il ne connaît pas ou alors se rendre dans un centre spécialisé dans lequel il rencontrera un médecin spécialisé dans la prise en charge de toxicologie.

Le médecin, qu'il accueille un consommateur de cannabis identifié comme tel, ou qu'il soit amené à aborder la question de cet usage avec un patient consultant pour tout autre motif, ne doit pas apparaître comme juge que ce soit par son attitude ou son discours.

Il faut éviter de focaliser l'entretien sur le produit en tant que tel (qualité, difficultés d'approvisionnement…) mais plutôt s'intéresser au contexte et à la fonction de l'usage (précocité de l'usage, en groupe ou de façon solitaire, à certains moments plus que d'autres, effet autothérapeutique éventuel, recherche d'une ivresse cannabique…), à ses modalités (quantité consommée, association à d'autres produits…), à la recherche de certains de ces effets pour parvenir à graduer cette consommation (usage à risque, usage nocif, dépendance diagnostiquée grâce à un questionnaire spécifique…) et à l'inscrire dans une perspective environnementale et historique de nature à éclairer la trajectoire de l'usager.

Un examen clinique permet de concrétiser le rôle du médecin auprès du patient et de limiter le champ de son intervention. En effet, le médecin ne doit pas prendre la place d'un des parents ni d'un policier, d'un juge ou d'un éducateur. Il apportera des éléments d'information simples étayant pour la réflexion et intégrant les aspects de la consommation vécus comme gratifiants (convivialité, désinhibition, gestion des conflits, relaxation, amélioration du sommeil…) pour aborder les conséquences péjoratives souvent méconnues

ou déniées par le consommateur (difficultés relationnelles, professionnelles, financières, troubles cognitifs, risques légaux…).

Le médecin accédera ainsi à une vraie alliance thérapeutique avec l'usager reposant sur l'empathie non démagogique et sur une relation claire sans laquelle la stratégie d'arrêt ou la réduction de la consommation seront vouées à l'échec. Bien entendu le secret médical reste absolu et intangible y compris vis-à-vis d'un employeur même si le patient est mineur ainsi toute intervention conjointe avec des proches, notamment les parents, doit être auparavant négociée avec le consommateur.

Le praticien inscrira donc la prise en charge dans la durée, en négociant avec l'usager des objectifs pragmatiques, évaluables, réalisables à court terme, potentiellement sujets à ajustements, sans perdre de vue que la consommation, sauf exceptions, ne peut être arrêtée dès la première consultation ni que l'arrêt obtenu à terme sera forcément durable. Si cela est nécessaire, le médecin impliquera l'entourage du consommateur dans la prise en charge.

Par exemple, l'objectif proposé à court terme peut être de réduire la consommation du cannabis, puis à moyen terme, maintenir réduite cette consommation pour enfin, à long terme, la suspendre totalement.

Les visites doivent être régulières et planifiées, elles seront forcément plus espacées au fur et à mesure que le patient chemine dans son sevrage. Elles concourent à renforcer la qualité du lien entre le praticien et le patient.

L'action du médecin sera plus positive s'il a bénéficié d'une formation spécifique à l'écoute et à la relation. Il pourra ainsi, notamment, mettre en œuvre une technique d'entretiens motivationnels, bien adaptée à la situation. Toutefois il doit aussi connaître ses limites et ne pas hésiter à adresser le patient à d'autres professionnels.

2.2 LA PSYCHOTHERAPIE [44], [45]

Cette méthode a largement été mise à profit dans la prise en charge de conduites addictives de toute nature. Toutefois, aucune forme spécifique de psychothérapie ne serait plus efficace que les autres.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la dépendance au cannabis tout comme les entretiens de motivation, ces deux techniques étant directement inspirées par les méthodes mises en œuvre pour traiter la dépendance alcoolique.

2.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales se pratiquent sous forme de séances durant lesquelles le thérapeute donne des tâches que le consommateur devra réaliser entre les

séances. De séance en séance, une appréciation est réalisée, aussi bien par le thérapeute que par le patient lui-même, sur l'amélioration de son comportement et de son état.

En matière de cannabis, il existe des thérapies cognitivo-comportementales propres à la période d'intoxication par le produit. En effet, le psychothérapeute demande à son patient de noter sur un papier quand il consomme et quel type de cannabis en fonction du tableau suivant :

Tableau 1: Caractéristiques des différentes présentations de cannabis

Présentation	**Mode de consommation**	**Teneur en produit actif (THC)**	**Appellations courantes**
Feuilles de cannabis	Cigarettes Boissons Gâteaux	***De 1 à 25%*** -selon la composition (feuilles supérieures, inflorescences, graines séchées, tiges, jeunes fleurs…) -selon le pays de provenance (Maroc, Liban, Inde, Pakistan, Mexique)	***Selon la partie de la plante utilisée :*** -Herbe -Teuch (shit) -Foin, douce -Gangji
Résine de cannabis	Cigarettes	***De 5 à 40%*** selon le pays de provenance (les moins dosées étant celles du Moyen-Orient et d'Afghanistan, les plus dosées celles d'Inde)	***H (hash ou shit)*** Charash
Huile de cannabis	Toutes préparations comestibles Feuilles de cigarettes	***De 30 à 65%*** selon qu'il s'agit de l'extrait liquide ou du distillat, quel que soit le pays de provenance (en général Inde ou Pakistan)	

Le patient devra également noter pourquoi il en avait besoin à ce moment-là… Puis petit à petit le travail consistera à déterminer les circonstances où l'envie se déclenche et à apprendre au consommateur à les éviter ou y substituer une pensée qui va l'aider à diminuer sa consommation. Une fois cette période passée, le thérapeute va alors demander à son patient de faire des exercices pour empêcher la rechute. En général, et toujours en matière de cannabis, il va lui demander d'avoir un carnet sur lequel il va noter les circonstances dans lesquelles il a des difficultés à résister. Enfin il lui donnera un plan d'urgence si l'envie est trop importante, celui-ci comprenant le numéro de téléphone d'un médecin, une liste de tous les avantages liés à l'arrêt des joints à relire pendant deux ou trois minutes pour remplacer ses pensées de cannabis par des pensées heureuses…

2.2.2 Les entretiens de motivation [44], [45], [46]

Les entretiens de motivation sont basés sur des entrevues avec une approche empathique, sans jugement, visant à développer un aperçu sur les conséquences possibles de l'abus du cannabis à travers l'exploration des aspects positifs et négatifs.

L'intervention se composera de 4 étapes :

1. L'évaluation du niveau d'abus de la consommation,
2. Développement de la motivation de changer ses habitudes de consommation en appuyant les contradictions entre les affirmations du patient et la réalité,
3. Définir des objectifs en fonction du niveau de motivation,
4. L'adaptation de l'intervention en fonction du degré de motivation.

On peut citer à titre d'exemple le programme allemand CANDIS (Target Treatment for Cannabis Disorders) initié en 2004 et destiné aux adolescents ayant une consommation problématique de cannabis. Celui-ci repose sur une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale et sur la résolution des problèmes psychosociaux. Des résultats préliminaires montrent que la moitié des usagers suivis ont pu arrêter de consommer à la fin du traitement et que 30% ont réduit leur consommation, avec, quelle que soit l'issue du suivi, une réduction significative des problèmes sociaux et mentaux associés à l'usage de la drogue.

Le programme CANDIS comprend 10 séances de thérapie de 1h30 et dure entre 8 et 12 semaines. Il est basé sur 3 modules :

- La motivation et la stabilisation,
- La thérapie cognitivo-comportementale,
- La résolution des problèmes psychosociaux.

Cette technique est particulièrement adaptée aux patients souffrant de psychose. La méthode repose alors sur les principes suivant :

- Répondre aux questions liées à la psychose et au cannabis en même temps,
- Prendre en compte le disfonctionnement cognitif lié à la maladie et au traitement,
- Adapter les techniques d'écoute active,
- Structurer l'entrevue à travers des résumés fréquents et en considérant successivement les aspects positifs et négatifs de la consommation de cannabis,

2.3 LA THERAPIE FAMILIALE [47], [48], [49], [50]

Les thérapies familiales présentent un véritable intérêt en matière d'addiction, notamment au moment de l'adolescence. En effet, dans l'intérêt du jeune, il est très important que les parents soient accueillis et qu'ils aient un véritable espace de parole, surtout quand la situation paraît bloquée. Ce genre de psychothérapie est indiqué quand celui qui consomme représente en réalité, le symptôme d'un disfonctionnement familial.

Même si la psychothérapie familiale n'a pas pour but de se prolonger dans le temps, elle est d'une grande utilité pour l'équipe soignante, car elle permet très rapidement de :

- Evaluer comment la communication est établie au sein de la famille,
- Mettre en évidence un secret de famille ou des éléments de maltraitance physiques ou psychiques, réels ou imaginaires, auprès du consommateur,
- Révéler une mésentente du couple à laquelle vient s'ajouter le fait qu'un enfant se drogue.

Habituellement, ce type de psychothérapie concerne la famille nucléaire, c'est-à-dire les parents, l'enfant consommateur et la fratrie. Quand l'un des membres ne souhaite pas se prêter aux soins, la règle dans ce cas est de ne pas le contraindre même si, dans l'idéal, il est souhaitable que tous les membres participent, car il est très difficile d'avancer sans « soigner » la famille dans son ensemble. En général les grands-parents ne sont pas inclus dans cette prise en charge, mais s'il s'avère qu'ils ont une fonction parentale alors leur présence est plus que souhaitable.

En Europe, peu de thérapies familiales ayant fait l'objet de validations rigoureuses dans le domaine de la dépendance ont été mises en place. Aux Etats-Unis, une étude destinée à valider cette prise en charge avait été mise au point : la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). La MDFT est l'un des meilleurs traitements connus pour le sevrage au cannabis chez les adolescents avec des nombreuses études effectuées aux Etats-Unis. Elle a été testée sous l'égide de l'université de Rotterdam dans cinq pays européens (Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas et Suisse) sous le nom de programme INCANT *INternational CAnnabis Neef of Treatment* en avril 2003, elle repose sur une démarche pragmatique postulant l'importance du fonctionnement du couple parental dans la conduite addictive de l'adolescent, mais aussi l'importance de la façon dont ce couple parvient ou non à s'entendre sur une approche éducative commune pour l'enfant, une approche du contexte scolaire, de l'apprentissage, des liens avec tel ou tel groupe de copains plus ou moins marginaux. Tous ces facteurs sont pris en compte par le MDFT qui comprendra au minimum deux séances par semaine pendant environ six mois. Les parents, ou du moins l'un d'entre eux, jouent un rôle déterminant dans le maintien en traitement : ils partagent la responsabilité de motiver durablement l'enfant en difficulté. La difficulté de la prise en charge du sevrage au cannabis chez les adolescents est due au fait que ces derniers sont plus sensibles aux effets et développent plus facilement des troubles psychiatriques suite à une consommation régulière. La prise en charge par MDFT se basera donc sur la multiplicité des problèmes dus au sevrage au cannabis.

L'étude INCANT est un projet de recherche qui a permis de comparer la MFDT avec des thérapies individuelles utilisées jusque-là dans le sevrage au cannabis. 461 patients ont été suivis pendant un an. Il y a également intervention des familles lors de thérapies individuelles mais ceci ne représente qu'une toute petite partie de la prise en charge.

La MDFT comprend quatre différents stades : thérapie de l'adolescent seul, avec la famille, que la famille et enfin si nécessaire, il peut y avoir un entretien avec les amis du consommateur. Le travail avec les parents est très important pour qu'ils ne culpabilisent pas et pour leurs apprendre à aider leur enfant avec ce qu'ils ont.

Cette étude a montré que 90% des adolescents qui ont suivi une MDFT ont été au bout. On remarque en fonction de la consommation que la prise en charge peut être différente :

- Lorsque le patient a consommé 65 jours ou moins sur les 90 jours précédents, la prise en charge par la thérapie individuelle est suffisante
- Lorsque le patient a consommé plus de 65 jours sur le 90 précédant la première séance alors une MDFT aura de meilleurs résultats

Ces résultats sont importants car une MDFT est bien plus couteuse qu'une thérapie individuelle, elle est donc à réserver au cas les plus sévères.

2.4 LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE [44]

La prescription de médicaments ne doit pas être systématisée et, en particulier, ne peut répondre à une douleur proprement existentielle. En revanche certaines situations font indiquer une prescription si le patient est psychotique, bipolaire, déprimé ou alors pour la prise en charge des bouffées délirantes ou attaques de panique susceptibles d'être observées au décours de l'usage du cannabis.

C'est essentiellement depuis le début des années 2000 que la médecine recherche des stratégies de prise en charge médicamenteuse spécifiquement adaptées aux usagers abusant du cannabis ou dépendants de cette drogue. Il est rapidement apparu que les patients répondeurs aux divers types de traitement testés restent peu nombreux et que la dépendance au cannabis ne pouvait être circonscrite à une stratégie unique. Les buts d'un traitement par médicament peuvent être différents : faciliter la période de sevrage, faciliter l'abstinence ultérieure et prévenir les rechutes.

Lors de l'arrêt du cannabis, qui est un sédatif, certains symptômes chez le jeune consommateur, comme l'irritabilité et l'agressivité, une humeur dépressive, une certaine agitation, des insomnies et/ou des rêves étranges, une perte d'appétit… peuvent justifier une prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs limitée dans le temps. Par ailleurs quand le médecin voit qu'un adolescent est démotivé, amorphe ou ralenti, avec peu d'allant aussi bien sur le plan affectif que scolaire, il est possible qu'il lui prescrive des neuroleptiques désinhibiteurs à faible dose, pour lui redonner un peu d'animation et de motivation.

2.4.1 La prise en charge de la phase de sevrage [51]

Il n'existe pas de médicament avec une indication validée dans le sevrage chez le patient dépendant au cannabis, mais des pistes de recherche sont explorées à la faveur des acquis de la neurobiologie dans ce domaine.

En 2008 on répertoriait 7 essais cliniques de pharmacothérapie pour le sevrage au cannabis, ceux-ci était effectués sur un nombre limité de patients (entre 7 et 81 patients). La durée de prise était variable et allait de 35 jours à 6 semaines. Certains ont abouti à un échec d'autres à des pistes intéressantes.

Parmi les pharmacothérapies qui ont conduit à un échec du sevrage au cannabis on retrouve :

- Le Bupropion[1] (Zyban® 150mg comprimé pelliculé LP) 300mg/jour en deux prises espacées d'au moins 8 heures : c'est un médicament indiqué en France pour le sevrage tabagique. C'est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine.
  Il a été remarqué que ce traitement avait différents effets secondaires chez les patients en phase de sevrage au cannabis tel qu'une augmentation de l'irritabilité, de la dépression et des insomnies.
- Le Divalproate de sodium[2] (Depakote® 500mg comprimé gastrorésistant) 1500mg/jour : c'est un médicament thymorégulateur habituellement utilisé dans le traitement de l'épisode maniaque. Il est très peu utilisé dans le sevrage au cannabis car il augmente le craving (le désir de consommation de substances est très intense et la recherche de produit devient compulsive), l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue et les transaminases.
- Le Naltrexone[3] (Revia® 50mg comprimé pelliculé sécable, Nalorex® 50mg comprimé pelliculé sécable et Naltrexone 50mg comprimé pelliculé sécable) : c'est un antagoniste des récepteurs opioïdes. Il est indiqué en traitement de soutien de la toxicomanie aux opiacés après la cure de sevrage, en consolidation, et en prévention tertiaire pour éviter les rechutes ainsi que dans le sevrage à l'alcool. Lors de son utilisation pour le sevrage au cannabis, on a remarqué une augmentation des évaluations subjectives des effets agréables du THC oral.

[1]- Haney et al. Psychopharmacology (Berl.), 2001

[2]- Haney et al. Neuropsychopharmacology. 2004

[3]- Haney et al. Psychopharmacology (Berl.) 2003

Dans les pharmacothérapies testées pour la prise en charge du sevrage au cannabis, certaines pistes ont paru intéressantes :

- Le Nefazodone[1] : c'est un antidépresseur commercialisé aux Etats-Unis, il provoquerait une diminution de l'anxiété et des douleurs musculaires mais sa commercialisation a été arrêtée car il provoquait des hépatites fulminantes.
- La Mirtazapine[2] (Norset 15mg comprimé pelliculé, Norset 15mg/ml solution buvable et Mirtazapine 15mg comprimé pelliculé) : c'est un antidépresseur qui potentialise la transmission noradrénergique en bloquant par antagonismes les autorécepteurs noradrénergiques α2, le neurone détecte alors moins l'imprégnation noradrénergique environnante et il n'y a plus d'effet freinateur sur la libération du médiateur. D'autre part elle potentialise la transmission sérotoninergique de façon indirecte. Elle n'a qu'une affinité directe réduite pour les récepteurs α1 et son action α1/α2 est bien équilibrée ce qui explique qu'elle n'induise pas d'effets indésirables cardiovasculaires contrairement à d'autres antidépresseurs de la même famille. Elle est utilisée dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée ou sévère. Lors de l'utilisation pendant le sevrage au cannabis, celle-ci serait bien tolérée avec une amélioration de la thymie et un effet mitigé sur le sommeil.
- Les antidépresseurs ayant un profil noradrénergique-sérotoninergique tels que les IRSNA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) pourraient avoir un intérêt dans le sevrage. Pour le prouver, plus d'essais sont nécessaires.

[1]- Haney et al. Psychopharmacology (Berl.) 2003

[2]- Frewen et al. Résultats in press (présenté au CPDD, 2007)

Enfin certains essais ont mis en avant l'utilisation de THC par voie orale. Deux essais ont été publiés :

- THC oral à 50mg/jour[1] : il permet une diminution de l'anxiété, de l'insomnie, du craving, de l'anorexie et de la perte de poids.
- THC oral à 30mg/jour ou 90mg/jour[2] :
  - 30mg : il induit une diminution des signes de sevrage
  - 90mg : il donne des signes similaires aux jours de consommation

[1]- Haney et al. Neuropsychopharmacology, 2004

[2]- Budney et al. Drug and Alcohol Dependence, 2007

On remarque donc qu'aucune pharmacothérapie spécifique n'a été validée dans le syndrome de sevrage dû à l'arrêt de la consommation de cannabis. Il y a généralement plus d'effets secondaires que d'effets bénéfiques sauf peut-être pour le THC par voie orale mais cette prise en charge est encore à confirmer par d'autres essais. Cependant le THC oral montre un effet favorable sur tous les symptômes du sevrage lorsqu'il est utilisé à des doses supérieures à 30mg/jour et ne provoque pas de signes d'ivresse cannabique.

Un agoniste des cannabinoïdes, le rimonabant a permis d'obtenir une réduction des symptômes de manque à 8 jours mais qui ne se maintient pas à 15 jours. Commercialisé pour lutter contre l'obésité, ce médicament (Acompla®) a été retiré du marché européen en

début 2009 et les études en vue d'une éventuelle extension de ses indications également arrêtées, car il induisait parfois des troubles de l'humeur sévères à type de dépression pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide.

En France, il est classique de proposer un traitement par anxiolytiques de la famille des benzodiazépines pour calmer l'anxiété et l'irritabilité du patient lors du sevrage. Les antipsychotiques sédatifs constituent une alternative en cas de polydépendance on utilise alors cyanémazine ou Tercian®, sulpiride ou Dogmatil®, amisulpride ou Solian®, mais aussi des antipsychotiques de deuxième génération type aripiprazole ou Abilify®, olanzapine ou Zyprexa®, rispéridone ou Risperdal®. Les posologies utilisées pour la prise en charge du sevrage au cannabis sont élevées.

Si aucun traitement pharmacologique ne s'avère pleinement efficace pour le sevrage au cannabis, les antidépresseurs et thymorégulateurs restent en revanche utiles pour traiter les comorbidités thymiques fréquemment associées avec toute addiction, lorsque le diagnostic est avéré.

2.4.2 Le maintien de l'abstinence

Il existe peu d'études concernant ce type de traitement. Des résultats préliminaires montrent qu'une association entre un agoniste α2-central, la loféxidine et du THC de synthèse permettrait de maintenir à terme une abstinence (*Elkhasef et al. 2008*) mais il s'agit indirectement d'un traitement de substitution.

D'autres pistes ont été explorées telle que l'inhibition de la FAAH (Fatty Acid Amide Hydrolase) qui est l'enzyme qui catalyse la dégradation de l'anandamide. Ceci permettrait d'augmenter le taux d'endocannabinoïdes dans le cerveau et ainsi de supprimer le besoin de consommer la drogue (*Clapper et al. 2009*).

2.4.3 Cas particulier des usagers de cannabis schizophrènes

Chez les usagers de cannabis schizophrènes, la réponse médicale est difficile et s'inscrit dans une prise en charge globale. Il est largement admis que le sevrage améliore la symptomatologie psychotique et la prescription, si elle est correctement suivie, de médicaments antipsychotiques, notamment de deuxième génération contribue à réduire le besoin compulsif de consommer du cannabis dans cette population (*Krystal et al. 1999 ; Desseilles et al. 2008*).

3 LE SEVRAGE A LA COCAÏNE ET AU CRACK [52], [53], [54], [55]

Le traitement de la toxicomanie à la cocaïne nécessite un traitement sur du long terme avec une prise en charge par plusieurs spécialistes. Les symptômes de la désintoxication sont à la fois physiques et psychologiques et sont difficiles à gérer sans suivi médical régulier. Les

toxicomanes qui tentent un sevrage sans prise en charge ne réussissent que rarement. La plupart de ces personnes rechutent et nombreux sont ceux qui font une overdose due au changement de la tolérance à la cocaïne suite à l'arrêt de la consommation.

Le programme thérapeutique sera individualisé pour potentialiser les chances de réussite, l'objectif étant l'abstinence. L'hypothèse de l'intérêt d'une consommation contrôlée n'a encore jamais été démontrée. Une évaluation globale du patient sera fondamentale pour élaborer les différentes étapes de la prise en charge et pour prioriser certaines de ses modalités en fonction des besoins identifiés. Le suivi associera un traitement médicamenteux et une approche psychothérapeutique par thérapie de soutien, psychodynamique, cognitivo-comportementale… La prise en charge se compose de deux étapes, l'initiation de l'abstinence et le maintien de cette dernière.

3.1 LE TRAITEMENT PSYCHOTHERAPEUTIQUE [52], [53], [56]

Comme pour tous les sevrages, cette partie du traitement n'est en aucun cas à négliger. Il comprendra des entretiens réguliers tenant lieu de soutien. Une thérapie plus structurée peut également être envisagée par le biais d'une thérapie cognitivo-comportementale.

Les thérapies individuelles et de groupe ont fait leurs preuves. La thérapie individuelle s'effectue sous forme d'information sur les drogues, de sociothérapie, de psychothérapie des profondeurs, de thérapie systémique ou cognitivo-comportementale.

La thérapie de groupe comprend psychoéducation, conseil, thérapie axée sur un thème, thérapie cognitivo-comportementale et thérapie de groupe psychodynamique modifiée. La thérapie de groupe aide le consommateur à comprendre les attitudes défensives liées à l'addiction telles que la banalisation de sa consommation, la non-observance des facteurs déclenchant l'envie de consommation. Cette thérapie va aussi agir favorablement sur la capacité de différenciation et de verbalisation des effets. Elle permettra enfin d'éviter l'isolement du patient dont les habitudes de fréquentation peuvent être chamboulées suite au sevrage. La thérapie de groupe présentera un inconvénient lorsque le patient devra aborder des thèmes honteux pour lui et celui-ci préférera les éviter. De plus certaines personnes peuvent ne pas bien se sentir dans un groupe.

Les entretiens motivationnels consistent en une « méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence » (Miller et Rollnick).

Une autre thérapie utilisée est le management des contingences qui vise à renforcer les comportements désirés tels que l'observance, l'abstinence… par le don de somme d'argent ou de contreparties. Cette méthode est très en vogue aux Etats-Unis et les médecins vérifient l'abstinence par des tests d'urines par exemple. Ce type de traitement semble avoir de meilleurs résultats que la thérapie cognitivo-comportementale chez les patients ayant de faibles capacités cognitives. Pour qu'un tel modèle d'incitation et de récompense soit

accepté et financé en Europe il faut qu'il ait fait ses preuves. Une seule étude de ce genre, alliant « Community Renforcement Approach » et « Management de la contingence » a été publiée en Europe. Cette dernière a eu lieu en Espagne et les résultats obtenus sont plutôt positifs.

Les techniques psychothérapeutiques sont importantes surtout en phase post-aiguë. Aucune option thérapeutique n'est généralement supérieure et la thérapie cognitivo-comportementale est prometteuse surtout chez les patients dotés de bonnes facultés cognitives.

3.2 LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX [57], [58]

Il n'y a aujourd'hui aucun traitement pharmacologique ayant une autorisation de mise sur le marché en France dans le traitement des symptômes et des complications liés au sevrage à la cocaïne. Cependant de nombreux essais cliniques ont permis de pointer du doigt certaines molécules qui pourraient être utilisées aux différentes phases de la prise en charge.

Sur le plan thérapeutique le traitement agira au niveau de différents axes. En effet, il y a différentes manifestations à cibler qui sont l'euphorie à bloquer, les symptômes aigus du sevrage qu'il faut traiter et le craving qu'il faudra contrôler.

Suite à des essais cliniques il y a aujourd'hui 3 familles de molécules qui sont utilisées pour le sevrage à la cocaïne :

- Les agents glutaminergiques
- Les agents GABAergiques
- Les agents dopaminergiques

Lorsqu'un médecin prescrira ces médicaments dans le cadre de la prise en charge du sevrage à la cocaïne, celui-ci ajoutera la mention « absence d'AMM » sur l'ordonnance.

3.2.1 Les agents glutaminergiques

Parmi cette classe de molécules, trois agents ont montré un intérêt dans le traitement du sevrage à la cocaïne. On retrouve :

- La N-acétyl cystéine : utilisée à des doses de l'ordre de 1200mg par jour elle a un effet sur le niveau de consommation de cocaïne et permet de diminuer la sensation de craving. Cependant le nombre d'études réalisées sur l'utilisation de ce médicament lors du sevrage sont faibles et elles portent sur de faibles effectifs pour l'instant.

  Cette molécule a une AMM pour le traitement des troubles de la sécrétion bronchique, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies aiguës. Lors de cette indication elle est utilisée à

des doses bien moins élevées que lors du sevrage à la cocaïne, 600mg/jour pour les adultes.

- Le modafinil : il est actuellement utilisé dans le traitement de la narcolepsie et de l'hypersomnie idiopathique. Plusieurs études ont été effectuées. Les essais étaient multicentriques randomisés en double aveugle contre placebo et ont inclus jusqu'à 210 patients pour l'une d'entre elles. Ils montrent que son utilisation sera accompagnée d'une réduction de la consommation et d'un effet psychostimulant.
- Le topiramate : ce médicament est un anticonvulsivant et un antimigraineux. Quelques études sur des effectifs faibles ont montré qu'il augmenterait le taux d'observance de l'abstinence à la cocaïne et qu'il réduirait la sensation de craving.

3.2.2 Les agents GABAergiques

Dans cette classe toutes les molécules ont été testées et les observations sont variables :

- Le baclofène est utilisé dans certaines contractures rebelles qui sont liées à des affections neurologiques, elle pourrait avoir un effet sur la diminution de la consommation mais les premières études sont contradictoires et n'ont pas permis d'aboutir à des résultats convaincants.
- Deux autres molécules de ce groupe doivent être suivies dans leur évaluation : la vigabatrine et la tiagabine qui sont utilisées dans le traitement de l'épilepsie.
- L'acide valproïque et la carbamazépine également utilisés comme antiépileptiques n'ont pas montré d'efficacité.

3.2.3 Les agents dopaminergiques

Trois molécules, interagissant avec le métabolisme de la dopamine, ont montré une efficacité dans des études préliminaires sur la consommation de cocaïne :

- Le disulfirame : il provoque un effet antabuse qui a été associé à une réduction de la consommation, du craving, de la dysphorie et au maintien de l'abstinence.
  Cette molécule a une AMM comme adjuvant dans la prévention des rechutes au cours de l'alcoolo-dépendance.
- L'aripiprazole : qui est un neuroleptique. Cependant, il a été prouvé que les neuroleptiques de première et de deuxième génération sont inefficaces en cas de dépendances. Seules les études sur l'aripiprazole ne sont pas encore publiées et semblent être prometteuses.
  Ce médicament est utilisé dans le traitement de la schizophrénie, des épisodes maniaques modérés à sévères, des troubles bipolaires de type I et en prévention de récidives d'épisodes maniaques chez des patients ayant présenté des épisodes à prédominance maniaque.
- Le bupropion qui est actuellement utilisé dans le sevrage tabagique.

3.2.4 La stratégie thérapeutique

Aucune thérapeutique n'a encore été acceptée pour le traitement de sevrage à la cocaïne en France. Nous développerons la suivante qui est aujourd'hui utilisée par de nombreux spécialistes.

La prise en charge des sujets dépendants à la cocaïne doit être envisagée en deux temps et sur une durée de 12 mois. Elle se fera avec des médicaments, une psychothérapie et une prise en charge psychosociale, en fonction de la situation clinique :

Tableau 2: Molécules utilisés dans les phases de sevrage

Syndrome de sevrage	Prévention de la rechute	Surdosage
– N-acetyl cystéine – 1200mg/j en 3 prises pendant 21 jours – Possible augmentation à 2400mg/j voir 3600mg/j – Evaluer cliniquement la réduction des symptômes de sevrage et du craving – Entretiens motivationnels	– Topiramate 100 à 200mg/j (à atteindre progressivement) – Disulfirame 250mg/j en cas de double dépendance alcool-cocaïne pendant 12 mois – Thérapie cognitive et comportementale	– Aucun antidote spécifique – Benzodiazépines de demi-vie longue sur une courte durée (moins de 2 semaines) et sous contrôle médical strict – Antipsychotiques en seconde intention en cas de symptômes délirants ou hallucinatoires

3.3 LE VACCIN ANTICOCAÏNE (MORENO ET AL. PHARMACOL BIOCHEM BEHAV 2009) [59], [60], [61]

Un vaccin est en cours d'étude aux Etats-Unis (Phase 3) ainsi qu'en Espagne (Phase 2).

L'hypothèse de ce vaccin repose sur la mise en évidence de développer, chez l'animal comme chez l'homme, des anticorps anticocaïne spécifiques. Or, les complexes anticorps anticocaïne/cocaïne sont trop volumineux pour passer au travers de la barrière hémato-encéphalique.

Deux types de vaccins ont été testés :

- Immunité active, les essais ont été réalisés par Thomas Kosten du Baylor College of Medicine dans le Texas : il a utilisé la toxine B de la bactérie du choléra pour y coupler la cocaïne. Après des essais pré-cliniques chez des animaux, des essais sur l'homme en double aveugle, placebo contre vaccin ont été effectués. Les premiers essais n'ont permis qu'à une minorité de sujets d'élaborer une forte réponse immunitaire.
- Immunité passive par Ronald Crystal du Weill Cornell Medical College à New-York : il a transformé l'adénovirus génétiquement pour le faire devenir un vecteur de gènes

codant pour un anticorps monoclonal contre la cocaïne. Les résultats de ces essais ont été positifs.

Théoriquement les sujets vaccinés devraient ressentir une diminution des effets primaires de la cocaïne sachant que le vaccin n'a aucun effet psycho actif.

Voici l'effet recherché par le vaccin de façon schématisé :

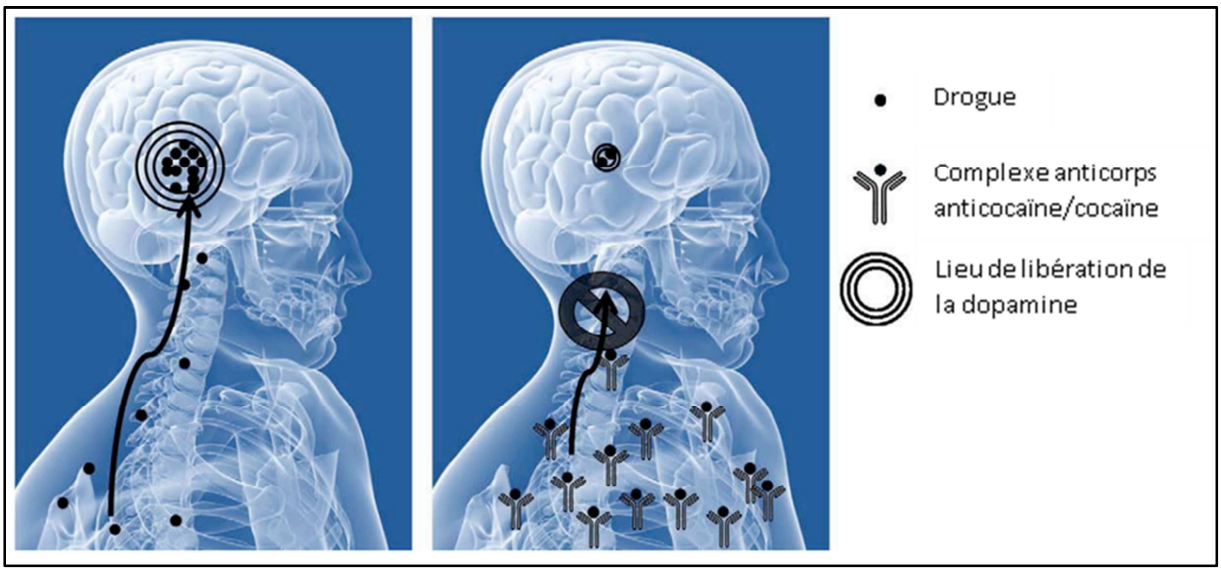


Figure 5: Mode d'action du vaccin anti-cocaïne

Lors de la prise de cocaïne, celle-ci pénètre rapidement le système nerveux. Comme montré dans le schéma ci-dessus, le but du vaccin est de former des complexes anticorps anticocaïne/cocaïne pour éviter que la drogue n'aille dans le cerveau. Ainsi, il y a une diminution de la libération de la dopamine et donc de l'effet.

Différents essais ont été réalisés sur de faibles nombres de patients et montrent une réduction des effets euphorisants de la cocaïne.

Ce vaccin a été testé six mois en 2009 par des chercheurs de l'école de médecine de l'Université de Yale et du Baylor College of Medicine. Au cours de l'essai, 38% des cocaïnomanes vaccinés ont produit un niveau suffisant d'anticorps pour bloquer l'effet de la drogue. L'effet s'estompe au bout de deux mois.

Les chercheurs ont précisé que ce vaccin ne serait pas utilisé pour vraiment guérir une addiction à la cocaïne, mais il va aider le patient toxicomane à ne pas céder à la récidive en diminuant la récompense apportée par cette drogue. Les chercheurs envisagent son utilisation en complément de la psychothérapie et des traitements médicamenteux.

Ces anticorps font disparaître la jouissance due à la prise de cocaïne mais certains drogués, malgré le désir de sevrage, pourraient aller jusqu'à l'overdose pour retrouver les effets, ce qui est un frein à l'utilisation de ce vaccin.

4 LE SEVRAGE AUX AMPHETAMINES [62], [63]

Les consommateurs réguliers qui tentent de se sevrer de toute prise d'amphétamines ressentent des symptômes de sevrage pénibles. Les patients passent par une grave dépression mais n'ont pas de souffrance physique à proprement parler.

Le sevrage s'effectuera sous le contrôle d'un médecin qui prescrira des antidépresseurs ou des tranquillisants pour permettre de mieux appréhender l'arrêt de la consommation.

Le patient doit s'interdire toute consommation d'excitants, même le tabac ou le café qui pourront lui rappeler les effets de la drogue et le conduire à une rechute.

Une fois le sevrage terminé, les personnes doivent rester vigilantes toute leur vie car l'envie du produit ne disparaît jamais vraiment complètement.

Aucun médicament n'a démontré d'effets significatifs par rapport à un placebo en termes de réduction des symptômes de sevrage aigu des amphétamines.

Les seuls essais randomisés ont porté sur des médicaments antidépresseurs :

- L'amineptine : il a montré peu de bénéfices et n'a apporté une amélioration que sur certains effets. Cette molécule n'est plus sur le marché aujourd'hui en raison des inquiétudes quant à son risque de dépendance.
- La mirtazapine : deux essais contrôlés randomisés ont montré des bénéfices moins clairs. La première étude met en évidence des améliorations des symptômes de sevrage et la deuxième n'a démontré aucune différence concernant les critères d'évaluation du sevrage comparé à un placebo.

5 LE SEVRAGE A L'HEROÏNE [64]

Il y a trois grands axes de prise en charge dans le sevrage à l'héroïne :

- Médical,
- Psychologique,
- Socioéducatif.

Ces trois axes sont indissociables et simultanés.

5.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Cette prise en charge va du soutien ponctuel à la psychothérapie. L'objectif va être dans un premier temps de repérer d'éventuels problématiques psychologiques et d'évaluer la place de la consommation d'héroïne dans la vie du consommateur.

Lors du sevrage, le travail psychologique essayera de prévenir les rechutes en travaillant sur les moyens de les éviter et la façon de contrôler le manque. La prise en charge

psychologique se penchera également sur les problématiques qui ont favorisé la consommation.

5.2 L'AXE SOCIO-EDUCATIF

Cet axe va permettre au consommateur de retrouver un rapport au temps, au monde, à soi-même et aux autres, rapport qui est complètement altéré par la consommation d'héroïne. En effet, les usagers centrent toute leur vie autour de leur consommation et de leur prochaine dose, ce qui induit une perte du tissu social, une incapacité à avoir un rythme de vie normal…

On débutera par faire retrouver un statut et des droits au patient tel que la couverture sociale, des ressources, un logement… Puis il faudra que la personne essaye de s'intégrer par des ateliers ou des expérimentations professionnelles. Enfin le patient devra développer des compétences sociales et relationnelles sans le filtre des produits, autour d'activités de groupe telle que le sport, des activités artistiques…

Cette partie de la prise en charge est essentielle pour éviter une rechute dans la dépendance.

5.3 LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION [66], [67], [68], [69]

Le traitement de substitution aux opiacés est une prise en charge à la fois médicale, psychologique et sociale, dont peuvent bénéficier les personnes dépendantes aux opiacés (héroïne, morphine et codéine).

Ces traitements sont les fondements de la réduction des risques chez les toxicomanes et l'assurance maladie estime à 143 600 le nombre de patients ayant bénéficié de la prescription d'un des médicaments de substitution dans l'année.

Le traitement de substitution substitue mais ne remplace pas la drogue. Une fois passée l'euphorie de la disparition du manque, un traitement de substitution nécessite des efforts importants de la part du patient. La prise en charge aussi globale que possible, doit se centrer sur le travail de motivation.

Les patients qui vont suivre ces traitements sont ceux qui ont émis le souhait d'être traités. Ils ne sont pas utiles pour le sevrage à d'autres substances, type cannabis, cocaïne…

Ils permettront aux personnes dépendantes d'abandonner leurs comportements addictifs, de se dégager du centrage de leur existence sur les effets et la recherche du produit et ainsi de retrouver une partie de leur liberté et globalement une meilleure qualité de vie.

Lorsque le consommateur rencontre un professionnel de santé pour lui parler de sa dépendance et de son envie de s'en sortir, le rôle de ce dernier sera fondamental. La relation de confiance qui va s'instaurer entre le patient et le médecin fait partie de la prise en charge globale du sevrage.

5.3.1 La buprénorphine, Subutex® [65]

La buprénorphine est un opioïde de synthèse issu de la thébaïne. Elle était utilisée dans le traitement de la douleur dans les années 80 avant de devenir à haut dosage un traitement de substitution aux opiacés le 14 février 1996 sous la marque Subutex®. Il a été génériqué pour la première fois en 2006. C'est le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France, il représentait en 2010 près de 75% des prescriptions de traitement de substitution par voie orale (TSO).

Code couleur : il existe un code couleur sur les boîtes de Subutex® pour prévenir les erreurs de délivrance.

Tableau 3: Code couleur du Subutex et de la Buprénorphine en fonction de leur dosage

Dosage	Couleur
Subutex 0,4mg	Dosage violet sur fond jaune
Subutex 2mg	Dosage blanc sur fond violet
Subutex 8mg	Dosage blanc sur fond rouge

Le code couleur est identique pour certains laboratoires de génériques. Cependant, pour les autres, il faudra donc bien vérifier le dosage.

Forme et présentation : ce médicament est un comprimé sublingual qui existe en trois dosages pour le Subutex® : 0,4mg, 2mg et 8mg et en six dosages pour le générique, la buprénorphine : 0,4mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg et 8mg. Il est conditionné par boîte de 7 comprimés sous plaquettes thermoformées.

Indications : c'est un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique.

Posologie et mode d'administration : le traitement est réservé aux adultes et aux enfants de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de substitution.

Lors de l'instauration du traitement, le médecin doit prendre en compte le profil agoniste partiel de la molécule aux récepteurs μ des opiacés ce qui peut induire un syndrome de sevrage chez les patients dépendants aux opiacés.

Le résultat du traitement dépend de la posologie prescrite mais aussi des mesures médico-psychologiques et socio-éducatives associées.

L'administration se fait par voie sublinguale uniquement, il faut prévenir les patients que cette voie constitue la seule voie efficace et bien tolérée pour ce produit. Le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution, celle-ci intervient 5 à 10 minutes après l'administration.

Mise en place du traitement : la dose initiale est de 0,8 à 4mg/jour en une prise. Chez les toxicomanes aux opiacés non sevrés lors de l'induction du traitement la prise de buprénorphine doit intervenir au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou lors de l'apparition des premiers signes de manque. Si le patient reçoit de la méthadone, il faudra au préalable en réduire les doses à un maximum de 30mg par jour, néanmoins un syndrome de sevrage précipité par la buprénorphine peut survenir.

Adaptation posologique jusqu'à la dose d'entretien : la posologie est adaptée individuellement à chaque patient. La posologie d'entretien est variable d'un patient à l'autre et doit être ajustée en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace. La posologie moyenne est de 8mg/jour mais chez certains patients, une augmentation jusqu'à 16mg/jour est nécessaire celle-ci étant la dose maximale. Les modifications sont ensuite déterminées après réévaluation de l'état clinique et des mesures d'accompagnement associées. Au début, une délivrance quotidienne est recommandée puis, par la suite, après stabilisation de l'état, une délivrance pour plusieurs jours de traitement peut être envisagée. Cependant il est conseillé de limiter la quantité de médicament délivrée en une fois à 7 jours maximum.

Réduction des doses et arrêt du traitement : après une période de stabilisation jugée satisfaisante, le médecin pourra proposer au patient de réduire progressivement sa dose jusqu'à un arrêt total du traitement de substitution dans les cas favorables. Les différents dosages de comprimés permettent une réduction progressive de la posologie. Durant toute la période d'arrêt du traitement, une attention particulière sera portée aux risques de rechute.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à la buprénorphine ou à tout autre constituant du produit,
- Enfant de moins de 15 ans,
- Insuffisance respiratoire sévère,
- Insuffisance hépatique sévère,
- Intoxication alcoolique aiguë ou delirium tremens,
- Méthadone, analgésiques morphiniques de palier III car la buprénorphine va diminuer l'effet de cette dernière par le blocage compétitif des récepteurs et ainsi faire apparaître un risque de syndrome de sevrage.

Mises en garde et précautions d'emploi : il est recommandé que ce traitement soit prescrit par des médecins assurant une prise en charge thérapeutique globale de la toxicomanie.

Les risques d'utilisation détournée, notamment par voie intraveineuse, et l'adaptation posologique nécessitent, surtout en début de traitement, une prescription de courte durée avec si possible une délivrance fractionnée ou contrôlée pour favoriser l'observance du traitement.

Des cas de décès par dépression respiratoire ont été observés notamment lors de l'association avec des benzodiazépines ou d'utilisation détournée de la buprénorphine. Des cas d'hépatites aiguës graves ont également été rapportés lors de l'utilisation par voie intraveineuse.

Les études chez l'animal ont prouvé que son utilisation expose en elle-même à une pharmacodépendance mais moins importante que celle à l'héroïne. D'où l'importance de respecter les critères de mise sous traitement, de suivi et de respect des paliers posologiques.

Il faudra utiliser ce produit avec précautions chez les malades :

- asthmatiques ou insuffisants respiratoires en raison des risques de dépressions respiratoires,
- insuffisants rénaux car l'élimination se fait à 20% par voie rénale,
- insuffisants hépatiques car le métabolisme de la buprénorphine risque d'être altéré.

Grossesse et allaitement : les seules données disponibles n'indiquent pas d'augmentation des risques de malformations liée à la prise de buprénorphine au cours du premier trimestre de la grossesse. Elle peut-être prescrite pendant la grossesse en fonction du rapport bénéfice attendu/risque pour la mère et le nouveau-né. Cependant une adaptation posologique peut-être nécessaire afin de maintenir l'efficacité thérapeutique du traitement. La prise chronique de buprénorphine au cours des 3 derniers mois de grossesse peut-être à l'origine d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né. De plus, des posologies élevées en fin de grossesse, même en traitement bref, sont susceptibles d'entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né. Par conséquent, une surveillance néo-natale sera envisagée en cas de prises ponctuelles à doses élevées ou en usage chronique en raison des risques de dépression respiratoire ou de syndrome de sevrage chez l'enfant.

Effets indésirables : on observe fréquemment les effets indésirables suivants :

- Insomnie, céphalée, évanouissement, vertige,
- Hypotension orthostatique,
- Constipation, nausée, vomissement.

Prescription et délivrance : ce médicament est classé dans la liste I, donc sa prescription se fait sur des ordonnances sécurisées. Celle-ci sera limitée à 28 jours et la délivrance se fait de façon fractionnée avec une quantité maximale pour 7 jours sauf mention express du médecin (SMEM).

Le chevauchement entre deux ordonnances annule une des deux prescriptions SMEM.

Prise en charge : ce médicament est remboursé par la sécurité sociale à 65%.

Conseil lors de la délivrance : il ne faut pas avaler le médicament car celui-ci subit une N-désalkylation et une glucoroconjugaison dans l'intestin grêle et dans le foie par un important effet de premier passage.

5.3.2 La méthadone

La méthadone est un opiacé synthétique inventé par les allemands pendant la deuxième guerre mondiale pour remplacer la morphine dans le traitement de la douleur. C'est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs μ. Elle possède des propriétés analgésiques et antitussives, elle entraîne un syndrome de dépendance pharmacologique. Ses propriétés euphorisantes sont faibles.

Code couleur :

Tableau 4: Code couleur de la méthadone sous forme de gélule en fonction de son dosage

Dosage	Couleur
Méthadone AP-HP 1mg	Gélule rose
Méthadone AP-HP 5mg	Gélule ivoire
Méthadone AP-HP 10mg	Gélule jaune
Méthadone AP-HP 20mg	Gélule caramel
Méthadone AP-HP 40mg	Gélule brune

Tableau 5: Code couleur de la méthadone sous forme de sirop en fonction de son dosage

Dosage	Couleur
Chlorhydrate de méthadone 5mg	Boîte rose
Chlorhydrate de méthadone 10mg	Boîte jaune
Chlorhydrate de méthadone 20mg	Boîte grise
Chlorhydrate de méthadone 40mg	Boîte verte
Chlorhydrate de méthadone 60mg	Boîte bleue

Formes et présentations :

- Sirop à 5mg/3,75mL, à 10mg/7,5mL, à 20mg/15mL, à 40mg/15mL et à 60mg/15mL. Ils sont conditionnés sous forme de récipients unidoses fermés par un bouchon « sécurité enfant » en boîtes unitaires.
- Gélules constituées d'un corps blanc avec la dose inscrite en noire et l'autre corps de couleur variable (cf. code couleur). Existe en 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg. Les gélules sont conditionnées par 7 sous plaquettes thermoformées.

Indications :

- Sirop : traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.
- Gélules : elles ont la même indication que le sirop mais s'utilisent en relais de ce dernier chez les patients traités depuis moins d'un an et stabilisés notamment sur le plan médical et des conduites addictives.

Posologie et mode d'administration :

- Sirop : la première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30mg selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins 10 heures après la dernière dose d'héroïne.

  La posologie est ensuite adaptée progressivement jusqu'à 40 à 60mg en une ou deux semaines, en fonction de la réponse clinique, pour prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage.

  La dose d'entretien est obtenue par augmentation de 10mg par semaine et se situe habituellement entre 60 et 100mg/jour. Cependant des doses supérieures peuvent être nécessaires.

  Les modifications de posologies se font après réévaluation clinique et des prises en charges associées.

  L'arrêt du traitement doit se faire par diminution progressive des doses par paliers au moins hebdomadaires, de 5 à 10mg. Pendant cette période il est nécessaire de rester vigilant à toute reprise de la toxicomanie qui nécessiterait un retour à la posologie précédente.
- Gélules : cette forme n'est pas destinée à la mise en place d'un traitement par la méthadone.

  Lors du passage de la forme sirop à la forme gélule, celle-ci sera d'emblée prescrite à la posologie correspondant à la posologie d'entretien atteinte avec le sirop. La dose se situe en général entre 60 et 100mg/jour même si des doses supérieures peuvent être nécessaires chez certains patients.

  La première prise aura lieu le lendemain de la dernière prise de sirop à l'heure habituelle.

  La modification de la posologie se fera sur les mêmes critères que pour la forme sirop.

Lorsqu'une tentative d'interruption du traitement de substitution est décidée, une décroissance posologique très progressive est impérative en respectant un intervalle d'au moins une semaine entre chaque diminution (de 1 à 5mg). Une prudence particulière est recommandée pendant cette période et le suivi sera rapproché afin de détecter d'une part les symptômes cliniques évoquant un syndrome de sevrage (à compenser par un retour au palier posologique précédent) et d'autre part toute reprise des conduites addictives qui serait incompatible avec cette forme.

Contre-indications :

- Age inférieur à 15 ans,
- Insuffisance respiratoire grave,
- Hypersensibilité à la méthadone,
- Traitement concomitant par un agoniste-antagoniste morphinique (pentazocine, buprénorphine, nalbuphine) ou par sultopride.

Mises en garde : Lors de chaque consultation, le médecin se doit de vérifier l'absence de pratique d'injection sur le patient. L'usage de ce médicament est strictement réservé au traitement des pharmacodépendances des opiacés.

Le traitement peut révéler des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée adaptée à chaque patient.

L'arrêt brutal du traitement entraînera l'apparition d'un syndrome de sevrage opiacé et une diminution de la tolérance acquise. C'est pour cela que la reprise de traitement se fait que par sirop et les précautions d'emploi sont les mêmes que lors de la mise en place du traitement.

La méthadone présente un risque létal pour une dose de l'ordre de 1mg/kg chez des sujets non dépendants aux opiacés, peu tolérants, voire totalement naïfs.

Des cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes ont été rapportés, l'administration de méthadone se fait donc sous surveillance clinique, électrolytique et ECG chez les patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT.

Interactions médicamenteuses : L'utilisation de ce médicament torsadogène avec un autre médicament torsadogène est contre indiquée en règle générale. Toutefois certaines sous-classes font exception à la règle mais seront accompagnées d'une surveillance accrue.

Grossesse et allaitement : Compte tenu des données disponibles et du bénéfice maternel et fœtal, l'utilisation de la méthadone est possible au cours de la grossesse quel que soit son terme. La prise chronique par la mère de méthadone, quelles qu'en soient les doses, au cours du troisième semestre de grossesse peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né dont l'apparition peut être retardée de quelques heures à quelques jours.

Ce médicament passe dans le lait maternel. La décision d'allaitement dépend de l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour l'enfant. En effet, la méthadone pourrait prévenir chez le nouveau-né la survenue d'un syndrome de sevrage consécutif à une imprégnation opiacée in utéro.

Effets indésirables : Les plus sévères sont la dépression respiratoire, l'hypotension sévère, l'arrêt respiratoire et l'arrêt cardiaque.

Lors de la mise en place, les effets indésirables les plus fréquents sont : euphorie, vertiges, somnolence, nausées, vomissements, constipation, sédation, hypersudation, dysurie, œdèmes.

Lors du traitement par la méthadone en dose d'entretien on peut observer les effets indésirables suivants : hypersudation, nausées, constipation.

Surdosage : Si le pronostic vital est engagé, l'administration par voie intraveineuse ou intramusculaire d'opiacés antagonistes (naloxone) doit tenir compte de la longue durée d'action de la méthadone (36 à 48heures).

Modalités de manipulation : Les gélules sont conditionnées dans un blister prédécoupé en unité. Lors de la prise il faudra découper une unité, la peler à partir du coin non scellé pour accéder à la feuille d'aluminium qui peut être percée afin de libérer la gélule.

Prescription, délivrance et prise en charge : Ce médicament est classé comme stupéfiant. Elle est par décret un « médicament à prescription initiale hospitalière ». La première phase de traitement est toujours réalisée en CSST et est fournie par la pharmacie hospitalière. Lorsque le patient sera stabilisé, une sortie est envisagée et il sera alors pris en charge par un réseau professionnel comprenant le médecin généraliste et le pharmacien d'officine. Le choix de la pharmacie se fera par le médecin et le patient. La prescription de méthadone se fera sur ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 14 jours, avec une demande de fractionnement des doses de 7 jours si nécessaire. Si le médecin le juge nécessaire, une dispensation quotidienne peut être envisagée. Le pharmacien délivre le produit sur présentation de la prescription de ville et de la prescription initiale émanant du médecin du CSST.

Pour les gélules, le prescripteur peut, pour des raisons particulières, exclure le fractionnement de la délivrance en ajoutant sur l'ordonnance la mention « Délivrance en une seule fois ».

Le remboursement par la sécurité sociale se fait à 65%.

Suivi du traitement : Des analyses d'urines sont pratiquées une à deux fois par semaine pendant les trois premiers mois de prescription, puis deux fois par mois à l'issue de cette première phase. Les contrôles portent sur : la méthadone, les opiacés naturels et/ou de synthèse, l'alcool, la cocaïne, l'amphétamine, les dérivés amphétaminiques, le cannabis, le LSD.

5.3.3 Le Suboxone® [70]

Forme et présentation : le suboxone contient de la buprénorphine et du naloxone. Il existe sous deux dosages :

- Suboxone 2mg/0,5mg : 2mg de buprénorphine et 0,5mg de naloxone
- Suboxone 8mg/2mg : 8mg de buprénorphine et 2mg de naloxone

Ce sont des comprimés sublinguaux conditionnés en boîte de 7 ou 28 comprimés.

Code couleur :

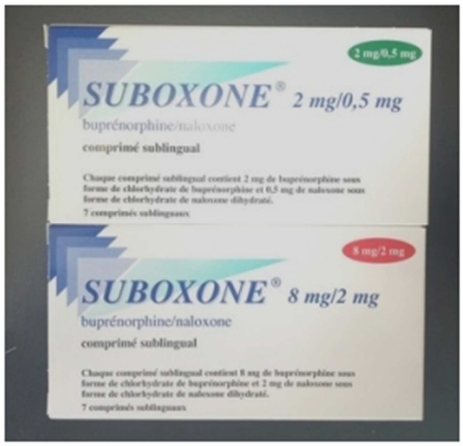


Tableau 6: Code couleur du Suboxone en fonction de son dosage

Dosage	Couleur
Suboxone 2mg/0,5mg	Dosage blanc sur fond vert
Suboxone 8mg/2mg	Dosage blanc sur fond rouge

Indication : traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. La naloxone est un composant destiné à dissuader le mésusage du produit par voie intraveineuse. Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, qui ont accepté d'être traités pour leur toxicomanie.

Posologie et mode d'administration : Le traitement se fait sous le contrôle d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de la dépendance et de la toxicomanie aux opiacés.

L'administration se fait en voie sublinguale, il est important de rappeler au patient que cette voie est la seule efficace et bien tolérée pour l'administration de ce médicament. Les comprimés doivent être maintenus sous la langue jusqu'à leur dissolution qui intervient habituellement en 5 à 10 minutes.

La dose initiale recommandée est de un à deux comprimés de Suboxone 2mg/0,5mg. Une dose additionnelle de un ou deux comprimés à 2mg/0,5mg peut être envisagée le premier jour en fonction des besoins individuels du patient. Lorsque le patient reçoit de la méthadone, avant de démarrer le Suboxone, la dose de méthadone doit être réduite à une

posologie maximale de 30mg/jour. La première dose de Suboxone sera prise dès lors de l'apparition des premiers signes de manque mais doit intervenir plus de 24 heures après la dernière prise de méthadone par le patient. La buprénorphine peut précipiter l'apparition de symptômes de manque chez les patients dépendants à la méthadone.

L'adaptation posologique se fait par palier en fonction de l'effet clinique obtenu chez chaque patient et ne doit pas dépasser la posologie maximale de 24mg par jour. La posologie doit être adaptée en fonction de la réévaluation de l'état clinique et psychologique du patient et doit se faire par paliers de 2 à 8mg.

Lors de l'initiation du traitement, l'administration quotidienne de buprénorphine est recommandée.

Après obtention d'une stabilisation satisfaisante, la posologie peut être réduite à une administration tous les deux jours en doublant la posologie quotidienne habituelle du patient. Cependant la dose quotidienne ne doit pas dépasser 24mg par jour. Chez certains patients, après stabilisation satisfaisante, la fréquence d'administration peut être réduite à trois administrations par semaine.

Après l'obtention d'une stabilisation satisfaisante, si le patient l'accepte, la posologie peut être réduite progressivement jusqu'à une posologie d'entretien plus faible et dans certains cas un arrêt du traitement peut être envisagé avec une surveillance en raison des risques de rechute.

Grossesse et allaitement : ce médicament ne peut être utilisé pendant la grossesse. Si le médecin trouve ce traitement nécessaire malgré la grossesse, l'utilisation de buprénorphine peut être envisagée en respectant les mentions légales de la buprénorphine.

Ce médicament contenant de la buprénorphine, l'allaitement est à éviter par précaution.

5.3.4 La Naltrexone

Ce traitement est utilisé comme adjuvant dans l'aide au maintien de l'abstinence chez le patient alcoolo-dépendant, dans le cadre d'une prise en charge globale comprenant un suivi psychologique.

Il peut également être utilisé dans le sevrage à l'héroïne après plusieurs échecs de sevrage par les traitements de substitution habituels. Cette utilisation est rare et n'a pas encore prouvé son efficacité.

5.3.5 Stratégie thérapeutique du sevrage à l'héroïne [67]

La stratégie thérapeutique sera la suivante :

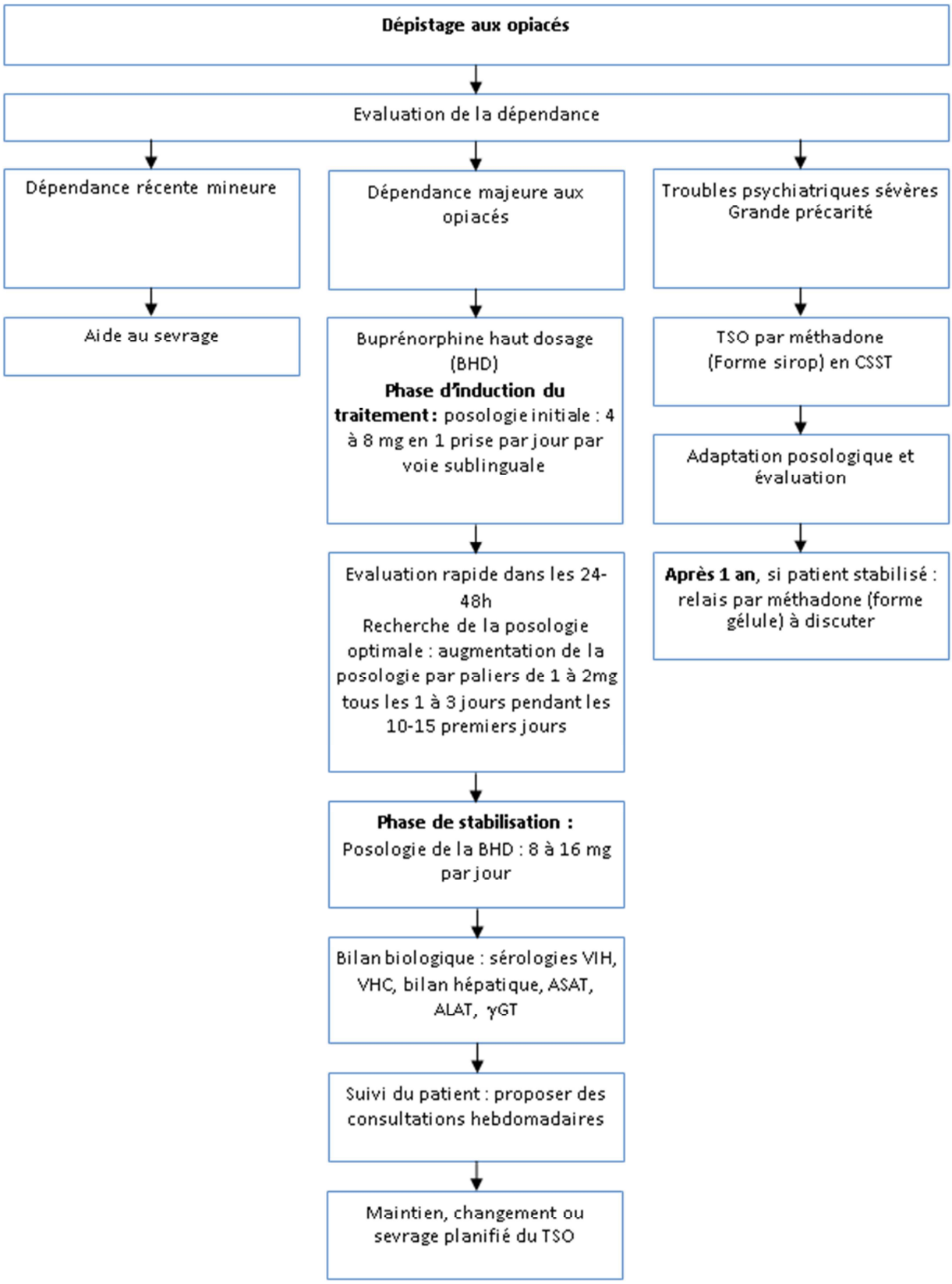

Dépistage aux opiacés
Evaluation de la dépendance
Dépendance récente mineure
Aide au sevrage
Dépendance majeure aux opiacés
Buprénorphine haut dosage (BHD)
Phase d'induction du traitement : posologie initiale : 4 à 8 mg en 1 prise par jour par voie sublinguale
Evaluation rapide dans les 24-48h
Recherche de la posologie optimale : augmentation de la posologie par paliers de 1 à 2mg tous les 1 à 3 jours pendant les 10-15 premiers jours
Phase de stabilisation :
Posologie de la BHD : 8 à 16 mg par jour
Bilan biologique : sérologies VIH, VHC, bilan hépatique, ASAT, ALAT, γGT
Suivi du patient : proposer des consultations hebdomadaires
Maintien, changement ou sevrage planifié du TSO
Troubles psychiatriques sévères Grande précarité
TSO par méthadone (Forme sirop) en CSST
Adaptation posologique et évaluation
Après 1 an, si patient stabilisé : relais par méthadone (forme gélule) à discuter

Figure 6: Stratégie thérapeutique de l'héroïne (Vidalrecos, 2012, 4ème édition)

- Evaluation de la dépendance : un TSO ne s'impose pas nécessairement si la dépendance est récente et le lien social préservé, si l'usager ne s'injecte pas la drogue, et en l'absence de comorbidités psychiatriques. On peut alors envisager une

aide au sevrage par un traitement symptomatique avec des antalgiques, des antispasmodiques, voire de la clonidine qui est un antihypertenseur d'action centrale.

On utilisera de la méthadone si le patient en fait la demande après un échec de TSO par buprénorphine, s'il se trouve en situation de grande précarité sociale, s'il a des difficultés pour gérer la prise du traitement, s'il mélange les substances, s'il ne parvient pas à renoncer aux injections ou en cas de comorbidité psychiatrique importante.

- Induction du traitement par buprénorphine : il doit être initié dès que le patient ressent les premiers signes de sevrage. Le patient doit être informé sur le mode de prise sublinguale et non per-os, sur les risques de mésusage du médicament en intraveineuse ou en inhalation et sur ceux d'une consommation associée, en particulier de benzodiazépines (risque de décès).

  La conférence de consensus de juin 2004 propose une posologie initiale plus élevée que celle de l'AMM au vue des pratiques professionnelles : 2 comprimés à 2mg ou 1 comprimé à 8mg, à renouveler le lendemain.
- La phase de stabilisation : elle se caractérise par l'arrêt de la consommation des opiacés naturels et une sensation de mieux-être.
- Suivi du patient : La qualité de l'alliance thérapeutique avec le médecin est caractérisée par la régularité des consultations. La qualité de l'échange est le premier critère pour une bonne observance du traitement, avant l'amélioration des paramètres physiques et psychiques. En phase de stabilisation, quatre situations nécessitent une adaptation du TSO :
  - Mésusage de la buprénorphine à haut dosage (injection ou sniff) : les pratiques d'injection concernent en moyenne 25 à 30% des patients, mais diminuent avec la poursuite de la prise en charge. L'utilisation détournée se caractérise par une instabilité psychique croissante due aux effets excitants du substitut lors de l'usage en sniff ou en intraveineuse. Une irritabilité et une agressivité de plus en plus importante sont caractéristiques de ce mode de consommation. Une fois que le patient reconnait le détournement de l'usage du médicament, l'augmentation de la posologie de buprénorphine haut dosage est une option thérapeutique, associée à un renforcement du cadre de délivrance avec une dispensation quotidienne et contrôlée dans un premier temps et du soutien de la motivation. En cas d'échec du retour à la prise sublinguale, il faudra orienter le patient vers un centre spécialisé pour une mise en place d'un traitement sous méthadone.
  - Reprise de la consommation d'héroïne : l'échec d'un traitement de sevrage à la buprénorphine doit conduire à une évaluation ce celui-ci, et ne doit pas systématiquement déboucher sur un transfert en CSST. Le rôle relatif du cadre de prise en charge, médecin de ville ou centre spécialisé, et du choix du médicament de substitution aux opiacés, buprénorphine ou méthadone, doit être, autant que

possible, analysé pour permettre de proposer une réponse adaptée. Des avis spécialisés peuvent être sollicités.

- Consommation associée aux benzodiazépines ou à l'alcool : les associations dangereuses concernent avant tout les benzodiazépines et l'alcool. On estime que 10 à 20% des patients sous buprénorphine font un mésusage de benzodiazépines en association (dosses trop élevées, multiprescripteurs, associations de plusieurs benzodiazépines…). Le TSO doit s'accompagner d'un projet de soin des autres dépendances ou abus. Une substitution des opiacés à dose adaptée peut notamment faciliter le sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines, mais en aucun cas la buprénorphine ne peut substituer ces dépendances dont le seul traitement est le sevrage.
- Troubles psychiatriques : le sevrage à l'héroïne par la buprénorphine peut s'accompagner, dans un second temps, d'une aggravation du tableau psychiatrique sous-jacent. Un avis spécialisé est obligatoire pour choisir entre les différentes options thérapeutiques et assurer le traitement symptomatique.

- Arrêt progressif du TSO : il est d'usage que la dégressivité du traitement soit gérée par le patient. C'est un équivalent de sevrage et, comme pour le sevrage, elle nécessite plusieurs tentatives.

Pour certains patients présentant une appétence persistante pour les opiacés après le sevrage, l'usage d'un antagoniste des opiacés, la naltrexone, peut-être une aide. Sa prescription est délicate en l'absence d'une certitude de sevrage, car elle risque d'entraîner en cas de traitement opiacé associé (parfois masqué par le patient) des réactions physiques sévères.

PARTIE 3 : VIVRE ET SORTIR DE LA TOXICOMANIE, DE LA PREVENTION DES RISQUES AU SEVRAGE

1 LES ORGANISMES DE PRISES EN CHARGE ET DE PREVENTION DE LA TOXICOMANIE [74]

1.1 LES ORGANISMES NATIONAUX DE COORDINATION :

Des organismes assurent au niveau national la coordination des acteurs de la lutte contre la toxicomanie.

1.1.1 La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

Elle met en œuvre les décisions du comité interministériel de lutte contre la drogue et les dépendances. De plus, elle anime et coordonne les actions des autres partenaires publics ou privés. Son action est relayée par les chefs de projets désignés par les préfets et les Agences régionales de santé (ARS).

1.1.2 L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

C'est un groupement d'intérêt public créé en 1995 par le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui est chargé d'observer le phénomène « drogue et toxicomanie ». Il donne aussi un état annuel de ce phénomène, il s'intègre au plan européen dans un vaste réseau d'informations.

1.1.3 L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Il a pour mission l'expertise et le conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, le développement de l'éducation pour la santé et la mise en œuvre de programmes de prévention.

1.2 LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXICOMANIE EN AQUITAINE [75]

Nous ne détaillerons ici que le maillage et le réseau de prise en charge en addictologie d'Aquitaine et plus particulièrement du Pays Basque, lieu où j'ai pu rencontrer de nombreuses personnes du réseau addictologie. Les structures sont les mêmes dans toute la France et l'accueil des toxicomanes est similaire d'une région à l'autre.

1.2.1 La prévention en Aquitaine

Il existe de nombreuses choses au niveau prévention. C'est le volet addiction du Plan régional de santé publique (PRSP) et le volet prévention du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 qui gèrent les différentes actions. Les acteurs sont donc assez variés, on retrouve des acteurs institutionnels, associatifs et professionnels de l'éducation, de la santé et du social. Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) agissent en milieu festif, en milieu scolaire et universitaire, en milieu sportif, auprès des jeunes en parcours d'insertion et en entreprises.

Le plan régional de santé publique a privilégié six axes stratégiques :

- Agir sur les modes de consommation,
- Développer les démarches de prévention,
- Réduire l'usage à risque par un repérage précoce,
- Améliorer l'accès aux dispositifs de soins,
- Mieux évaluer l'évolution des besoins.

De plus, en partenariat avec l'OMS, des formations « repérage précoce et intervention brève » (RPIB) ont été créées. Celles-ci sont proposées aux médecins généralistes ayant le souhait d'intervenir dès les premières étapes des conduites de consommation de substances psychoactives et lorsque cela commence à être problématique. Ce repérage précoce peut également être mis en place par divers services éducatifs, sociaux, judiciaires, sanitaires et ainsi permettre d'orienter les personnes vers le dispositif de soin adapté. Ces interventions brèves visent aussi les usagers excessifs pour les aider à diminuer leur consommation. Lors de la consultation, les praticiens généralistes ont une prise en charge basée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement. Ce sont des entretiens motivationnels qui vont permettre une évaluation de la situation.

En Aquitaine c'est près de 25% des médecins généralistes et 30% des médecins du travail qui ont suivi la formation RPIB entre 2004 et 2008.

Actuellement un projet de RPIB jeunes est en train de se mettre en place mais peu d'outils ont été élaborés pour le repérage précoce des jeunes consommateurs de drogues illicites. Les consultations jeunes consommateurs, intégrées aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont une mission de RPIB orienté vers les jeunes. Ces consultations permettent de recevoir des usagers qui présentent des difficultés dues à un usage simple, à risque ou nocif de substances psychoactives.

Un travail a également été fait pour recevoir les familles et l'entourage pour qu'ils puissent trouver une écoute et un soutien dans les difficultés dues à la consommation.

1.2.2 L'offre médico-sociale en addictologie en Aquitaine

Le dispositif médico-social en addictologie en Aquitaine est composé de diverses structures d'accompagnement des personnes dépendantes. Dans ces structures on retrouve des équipes pluridisciplinaires qui accompagnent l'usager.

Ces structures ont en plus développé des consultations avancées et des antennes :

- Les consultations avancées sont des permanences réalisées par un professionnel de l'addictologie, elles se font souvent dans une structure partenaire.
- Les antennes proposent une approche globale médico-psychologique et sociale par des consultations pluridisciplinaires sur un territoire éloigné de la structure support.

1.2.2.1 Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ambulatoires

On retrouve en Aquitaine, 12 CSST ambulatoire qui proposent une prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers ainsi que l'accueil, l'orientation, l'information et le soutien de l'entourage. Il existe également, toujours en Aquitaine, 2 CSST ambulatoires qui disposent d'une offre d'accompagnement en appartements thérapeutiques (un en Gironde et l'autre en Pays Basque).

Ces structures accueillent environ 500 patients par an chacune. Le nombre moyen de salariés en Equivalent Temps Plein (ETP) pour les CSST d'Aquitaine en 2007 était le suivant :

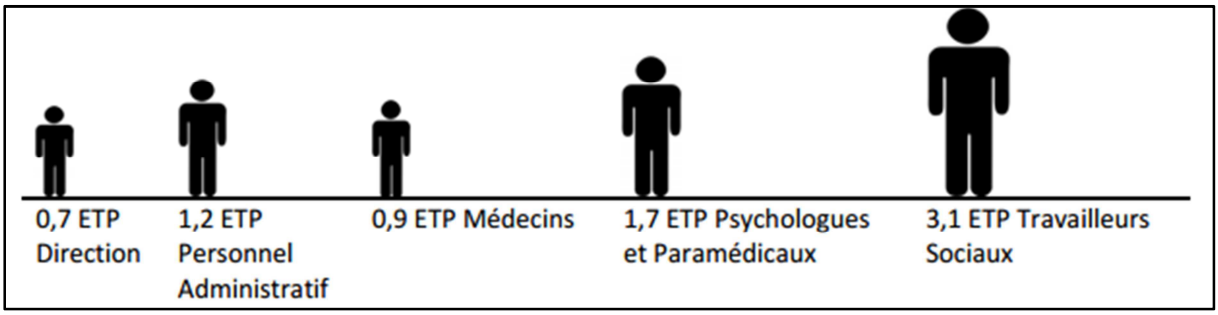


Figure 7: Répartition des ETP moyens dans les CSST d'Aquitaine (2007)

1.2.2.2 Les centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes avec hébergement

Les CSST avec hébergement sont des Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR). Ainsi l'Aquitaine dispose de 3 CTR (2 en Gironde et 1 dans les Landes).

Les personnes accueillies dans ces centres sont éloignées du domicile ce qui permet de les éloigner aussi de la consommation, des réseaux de trafic, de la famille et du contexte psycho-social. Ceci facilite l'implication du patient dans son parcours de soins. Dans ces centres, il y a présence en continu de professionnels auprès des personnes accueillies et un gros travail est effectué sur la réinsertion sociale des patients.

1.2.2.3 Appartement de Coordination thérapeutique

On compte 4 appartements de ce type en Aquitaine, on y reçoit des personnes présentant une addiction grave accompagnée ou non de plusieurs maladies graves (VIH, hépatites, maladie mentale…).

1.2.2.4 Les communautés thérapeutiques

Ces communautés sont définies par la circulaire du 24 octobre 2006, elles permettent l'hébergement de consommateurs d'une ou plusieurs substances psychoactives. Elles ont deux objectifs principaux : l'abstinence et l'insertion sociale des personnes.

Ils ont pour caractéristique de pratiquer essentiellement des thérapies de groupe.

1.2.2.5 Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie [76]

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) tiennent un rôle central dans la prise en charge des addictions. Ils se caractérisent par leur accessibilité territoriale et sociale, la globalité de l'approche sous le concept d'addiction, l'accompagnement pluridisciplinaire et dans la durée.

Les CSAPA accueillent sans préalable ni condition les personnes présentant tous types d'addictions, ainsi que leurs proches. Une équipe pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, médecins, psychologues, infirmières, éducateurs, pharmacien) procède avec la personne, à une évaluation globale et partagée de sa situation. Un accompagnement et un soin spécifique sont proposés à la personne dans la durée sur la base d'un projet individualisé.

Les centres thérapeutiques résidentiels (CSAPA avec hébergement) offrent aux personnes la possibilité d'une prise en charge avec hébergement à moyen ou long terme.

1.2.2.6 Les Centres Accueil et Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

Les Centres Accueil et Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD) sont financés par l'assurance maladie, on en trouve 12 en Aquitaine. Leur objectif majeur va être de prévenir et réduire les effets négatifs liés à une consommation d'un ou plusieurs stupéfiants et ainsi améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

Ces actions de réduction des risques ont différents objectifs :

- Prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques type VIH et hépatites notamment par la mise à disposition de matériels réduisant le risque d'infections (seringues, petit matériel, pailles…),

- Prévenir les intoxications aiguës notamment les overdoses,
- Prévenir et prendre en charge les troubles psychiatriques aigus associés à ces consommations,
- Orienter vers les services d'urgence, court séjour, soins spécialisés, services sociaux et dispositifs de droit commun,
- Améliorer l'état de santé physique et psychique des consommateurs et ainsi favoriser leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

Aux yeux du code de la santé publique (article R. 3121-33-1), les CAARUD assurent :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogue
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins

Le développement d'actions de médiations sociales

Enfin l'article R. 3121-33-2 rajoute qu'ils ont aussi une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, de recherche, de prévention et de formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

1.2.2.7 Consultations jeunes consommateurs

Ces consultations permettent l'accompagnement des consommateurs et de leur famille. Elles ont été mises en place suite au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Dans la région on retrouve 11 lieux où ces consultations sont pratiquées (structures supports, antennes et consultations avancées confondues). La plupart de ces lieux ont été ajoutés aux structures médicales et médico-sociales spécialisées déjà existantes. Les autres sont le fruit d'une mutualisation de compétences et de moyens de CSST, CCAA et secteur hospitalier.

Leurs missions sont les suivantes :

- proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation novice
- offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complication sociale ou psychiatrique
- accompagner ou proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance
- offrir, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents enfants.

1.2.2.8 Les automates ou bornes d'échange de seringues

Ces automates ont pour but d'échanger les seringues usagées par du matériel propre et stérile. Ces bornes fonctionnent 24h/24 sur le mode suivant : une seringue usagée ou un jeton contre un kit stérile gratuit. Les jetons s'obtiennent soit en structures type CSAPA, CAARUD ou en pharmacie partenaire.

On retrouve ces automates dans les grandes villes plutôt vers des lieux de plaque tournante d'héroïne pour permettre aux toxicomanes d'accéder le plus facilement possible à du matériel stérile et ainsi éviter la transmission de maladies infectieuses mais aussi les abcès qui sont dus à l'utilisation de matériel d'hygiène douteuse et de la non désinfection du point d'injection.

1.2.3 La formation en Addictologie en Aquitaine

L'offre de formation proposée en addictologie en Aquitaine est variée à la fois en formation initiale, diplômante et en formation continue. Elles s'adressent à de nombreux personnels de santé : des médecins, psychologues, pharmaciens, travailleurs sociaux, personnels paramédicaux. Elles sont dispensées par :

- L'université de Bordeaux, Collège des Sciences de la santé, qui propose des DU, capacité, DESC conduites addictives,
- Les réseaux de santé proposent des formations continues aux professionnels de proximités : médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, professionnels du secteur, psychologues,
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) présentent dans les hôpitaux proposent des actions d'information et de sensibilisation des professionnels des services non spécialisés en addictologie,
- Les CSST et CCAA proposent un panel de formations continues accessibles aux professionnels non spécialisés dans l'addictologie mais aussi des formations initiales ouvertes aux personnels concernés par le champ (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire, Ecole Nationale de la Magistrature…),
- Le Groupe Régional de Recherche et de Réflexions des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine (GRRITA) et le Collège Régional des Alcoologues Aquitains (CRAA) organisent régulièrement des actes et colloques sur des thématiques spécifiques. Le GRRITA et l'ANITEA organisent aussi des formations pour développer des compétences dans certains domaines : entretiens motivationnels, traitement de substitution aux Opiacés, approches familiales, approche communautaire, réduction des risques…

1.2.4 L'offre sanitaire en addictologie en Aquitaine

La mise en place des filières hospitalières addictologiques dans une dynamique territoriale a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale de proximité et, si le besoin s'en fait ressentir, d'avoir recours à des soins spécifiques.

1.2.4.1 Les Equipes de Liaisons en Addictologie (ELSA)

Crées en 1996, leurs missions ont été redéfinies en 2008 et sont les suivantes :

- Formation, assistance et conseil aux soignants des services et structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients,
- Intervention sur des urgences et pendant l'hospitalisation en soutien aux équipes soignantes,
- Développer les relations avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

On dénombre en Aquitaine 10 ELSA qui interviennent dans les différents services hospitaliers auprès des patients ayant un problème d'addiction.

Ces équipes sont un élément central dans la prise en charge de l'addictologie dans la filière de soins hospitaliers.

1.2.4.2 Les consultations d'addictologie

Les consultations hospitalières d'addictologie sont des structures de première ligne dans le suivi ambulatoire spécialisé en addictologie. Elles sont assurées par les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et vont permettre l'accueil, l'écoute, l'évaluation et l'accompagnement de patients présentant des conduites addictives et sont en lien avec un service d'hospitalisation qui réalise des sevrages simples.

1.2.4.3 Unité d'hospitalisations reconnues en addictologie pour la mise en œuvre de sevrages complexes

Ces unités existent pour des patients nécessitant une prise en charge variable, allant d'un sevrage simple à des soins plus complexes, selon le degré de dépendance et des complications associées. Ce sont des personnes présentant une dépendance majeure ou des échecs de sevrage après plusieurs tentatives. On retrouve également dans ces unités des patients nécessitant un programme thérapeutique intensif ainsi que des bilans approfondis de fait de l'importance de leurs problèmes.

Les missions de cette unité sont les suivantes :

- Accueillir le patient, évaluer l'addiction, les complications somatiques, les troubles psychiatriques, cognitifs, les problèmes sociaux,
- Assurer le sevrage dans des conditions de sécurité adéquate,
- Etablir un projet de soin global et personnalisé intégrant la prise en charge addictive, somatique, psychiatrique et sociale,
- Garantir le lien avec le professionnel assurant la continuité de la prise en charge à la sortie,
- Organiser la sortie en lieu de vie, en articulation avec les autres partenaires du dispositif médico-social et social ou l'orientation vers une autre structure d'hébergement, notamment un service de soins de suite et de réadaptation addictologique.

Ces unités d'hospitalisation sont le plus souvent situées dans les services de soins généraux (médecine interne, médecine polyvalente, hépato gastroentérologie et/ou psychiatrie) et permettent d'avoir une équipe pluridisciplinaire formée en addictologie. On retrouve donc dans les équipes plusieurs corps de métiers amenés à intervenir auprès des patients : des médecins addictologues, infirmiers et aides-soignants, psychologue, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien. De plus le recours à l'avis de spécialistes notamment en gastroentérologie, pneumologie, ORL et psychiatrie compétents en addictologie doit être possible.

1.2.4.4 Hospitalisation de jour (HDJ)

Ce genre d'hospitalisation permet un accompagnement psychologique, médical et social similaire à une prise en charge proposée par un service spécialisé en addictologie, tout en maintenant les patients dans leur environnement. C'est une alternative à l'hospitalisation en temps-plein ou un relais de cette dernière.

1.2.4.5 Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation. Ils vont approfondir le travail réalisé au cours de l'accompagnement antérieur.

Ces services sont un intermédiaire de prise en charge entre les soins aigus et le suivi ambulatoire. Il y aura donc une collaboration entre la filière hospitalière de soins addictologiques, la médecine de ville et le dispositif médico-social.

1.2.4.6 Intervention en milieu carcéral

La plupart des services hospitaliers assurent l'initiation du traitement de substitution aux opiacés dans les établissements pénitentiaires.

Les UCSA et/ou les Services Médico-Psychologique Régional (SMPR) assurent l'organisation des soins et de la prise en charge des détenus en collaboration avec les CSST et CCAA locaux qu'il s'agisse du sevrage pendant l'incarcération ou dans la préparation à la sortie. Pour assurer ces missions il y a dans chacune de ces structures des médecins, des travailleurs sociaux et des infirmiers. On retrouve en Aquitaine 9 établissements pénitentiaires répartis sur l'ensemble du territoire :

- 5 maisons d'arrêt à Agen, Bayonne, Gradignan, Pau et Périgueux,
- 3 centres de détention à Neuvic (24), Eysses (47) et Mauzac (24),
- 1 centre Pénitentiaire à Mont De Marsan.

La note ministérielle du 9 août 2001 invite à examiner les besoins des détenus en matière de soins en addictologie et à définir une organisation pour permettre de :

- Repérer les situations d'abus et de dépendance grâce à un diagnostic proposé par les services centraux. Ceci permet de repérer les troubles associés à l'usage de substances psychoactives,
- Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue,
- Développer la prévention notamment des risques associés à la consommation de produits,
- Favoriser les aménagements de peine, de façon à organiser un retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré,
- Préparer la sortie des détenus présentant une consommation abusive ou une dépendance.

1.2.4.7 Les réseaux santé

Ces réseaux sont, comme le reste de la filière addictologie, inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale.

Ils ont pour rôle de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et médico-sociales en addictologie.

On retrouve dans ces réseaux : des praticiens libéraux, médecins du travail, praticiens des établissements de santé et des institutions sociales ou médicosociales. Ces réseaux de soins sont des collaborations formalisées entre ces différents partenaires et concourent ainsi à une meilleure coordination du parcours de soin. Ainsi l'usager bénéficie d'une orientation facilitée et coordonnée.

En Aquitaine on en dénombre 5 différents :

- AGIR 33 et RENAPSUB à Bordeaux et Libourne,
- RESAPSAD au CHIC de Bayonne,
- REZOPAU et le réseau Alcoologie Béarn Soule CH de Pau.

1.2.5 Analyse territoriale de la filière addictologie en Aquitaine

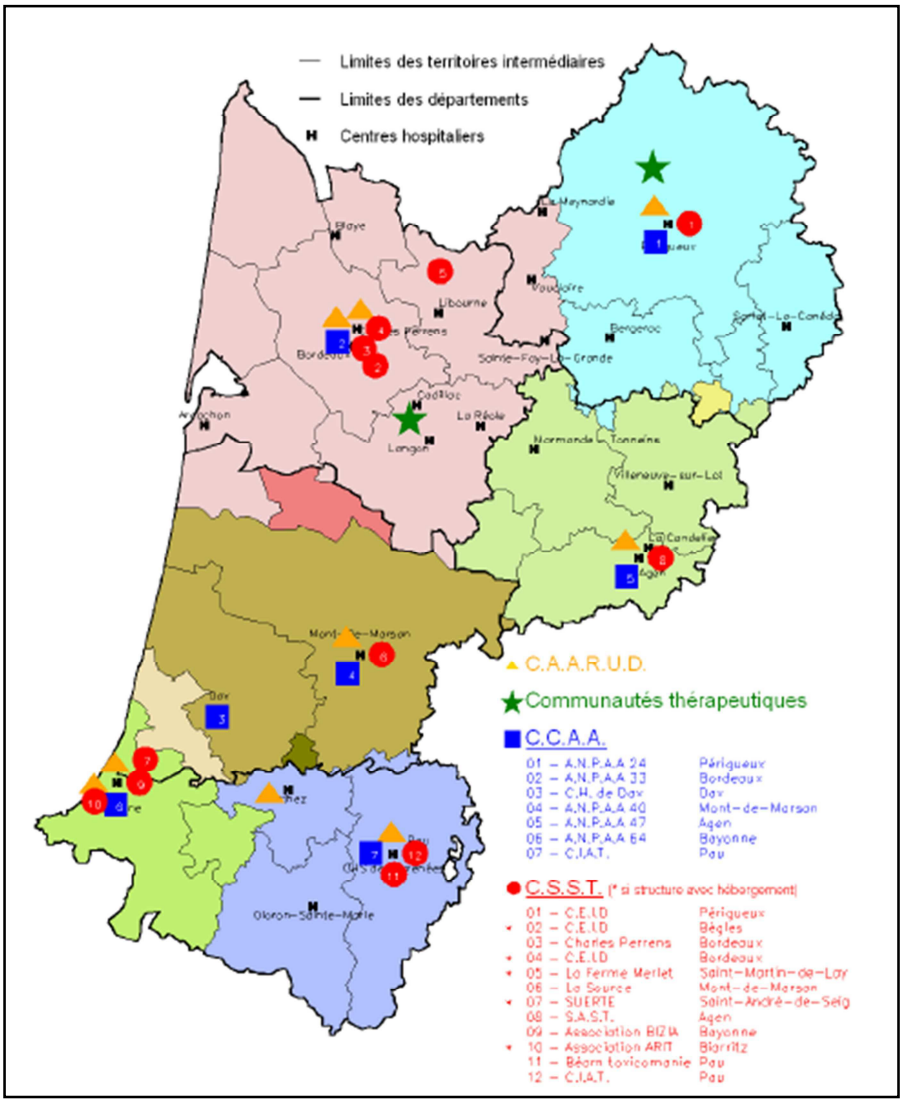

Limites des territoires intermédiaires
Limites des départements
Centres hospitaliers
C.A.A.R.U.D.
Communautés thérapeutiques
C.C.A.A.
01 – A.N.P.A.A 24 Périgueux
02 – A.N.P.A.A 33 Bordeaux
03 – C.H. de Dax Dax
04 – A.N.P.A.A 40 Mont-de-Marsan
05 – A.N.P.A.A 47 Agen
06 – A.N.P.A.A 64 Bayonne
07 – C.I.A.T. Pau
C.S.S.T. (* si structure avec hébergement)
01 – C.E.I.D Périgueux
02 – C.E.I.D Bègles
03 – Charles Perrens Bordeaux
04 – C.E.I.D Bordeaux
05 – La Ferme Merlet Saint-Martin-de-Lay
06 – La Source Mont-de-Marsan
07 – SUERTE Saint-André-de-Seignanx
08 – S.A.S.T. Agen
09 – Association BIZIA Bayonne
10 – Association ARIT Biarritz
11 – Béarn toxicomanie Pau
12 – C.I.A.T. Pau

Figure 8: Filière addictologie en Aquitaine (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN)

Les antennes et consultations avancées n'ont pas été placées sur cette carte pour en faciliter la lecture et seront localisables sur les cartes départementales présentées plus loin.

La carte ci-dessus montre les zones et le niveau de couverture minimum de la prise en charge par la filière sanitaire et ne fait état que des établissements ayant une activité significative en addictologie.

Elle a été élaborée à partir de la synthèse et de l'analyse des diagnostics territoriaux réalisés par les DDASS, des données PMSI et RIM-Psy en 2007, des annexes territoriales du SROS et de l'enquête addictologie de la DGOS.

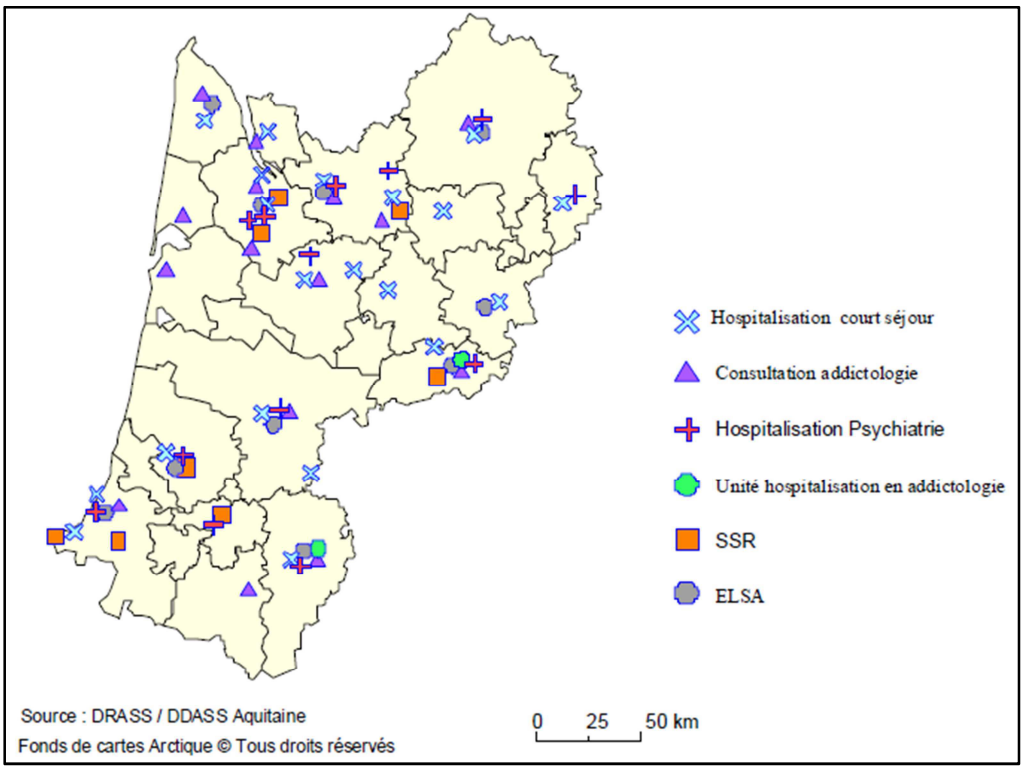


Figure 9: Prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2007

1.2.5.1 Dordogne

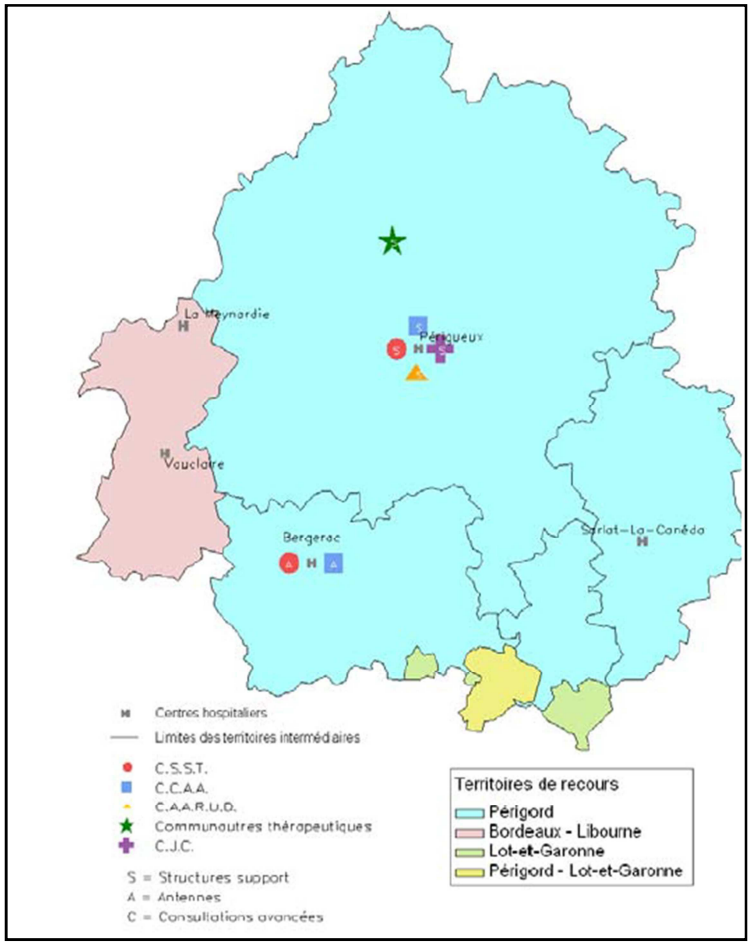


Figure 10: Implantation des services d'addictologie en Dordogne (*Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN*)

Le territoire de recours du Périgord est doté de :

- Un CCST à Périgueux et d'une antenne à Bergerac,
- Un CCAA à Périgueux et d'une antenne à Bergerac,
- Un service d'appartements de coordination thérapeutique à Brantôme,
- Une communauté thérapeutique à Brantôme,
- Un CAARUD à Périgueux, un à Bergerac et des prestations itinérantes,
- Une consultation jeunes consommateurs à Périgueux et une à Bergerac,
- Activités de soins en addictologie au CH de Bergerac, CH de Sarlat et CHS Vauclaire à Périgueux,
- Un projet de service de Soins de suite et de réadaptation au CHS de Vauclaire à Périgueux,
- Un hôpital de jour au CHS de Vauclaire à Périgueux,
- Consultations avancées ELSA au CH de Bergerac et dans les hôpitaux locaux d'Excideuil et Nontron.

1.2.5.2 Gironde

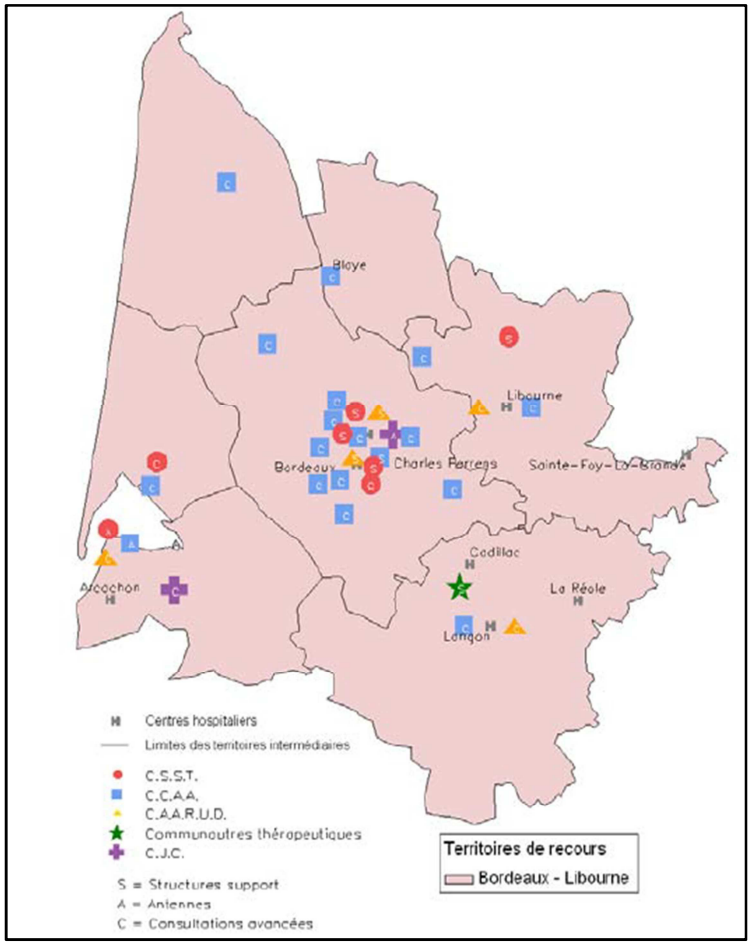


Figure 11: Implantation des services d'addictologie en Gironde (*Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN*)

Le territoire de recours Bordeaux-Libourne est doté de :

- Deux CSST à Bordeaux, une antenne à Arcachon et trois consultations avancées à Arès, Langon, Gradignan,
- Deux Centres Thérapeutiques Résidentiels à Bègles et à Saint-Marin de Laye,
- Un CCAA à Bordeaux, une antenne à Arcachon et quinze consultations avancées à Libourne, Mérignac, Saint-André de Cubzac, Talence, Bruges, Langon, Gradignan, Léognan, Blaye, Lesparre, Castelnau-de-Médoc, Andernos, Eysines, Créon, Cenon,
- Un service d'appartement de coordination thérapeutique à Bordeaux,
- Une communauté Thérapeutique à Barsac,
- Deux CAARUD à Bordeaux et trois consultations avancées à Libourne, Arcachon, Langon et prestations itinérantes,
- Deux CJC à Bordeaux et au Teich,
- Trois équipes de liaison ELSA : CHU de Bordeaux, CH Libourne et une à la clinique Mutualiste du Médoc à Lesparre,

- Un Réseau de Santé Addictions Gironde RESAG composé du réseau Agir 33 et de RENAPSUD,
- Trois services de soins de suite et de réadaptation qui ont une activité repérée de prise en charge en addictologie. Il s'agit de l'établissement de convalescence et de repos des Lauriers à Lormont et de Châteauneuf à Léognan et du SSR du CH de Sainte-Foy la Grande,
- Des activités de soins en addictologie au CHU de Bordeaux, Hôpital Suburbain du Bouscat, CH de Sainte-Foy la Grande, au CH de Libourne, CH de la Réole, CH de Pasteur Langon, CH Saint-Nicolas de Blaye, à la clinique mutualiste du Médoc à Lesparre, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, CRPS Tour de Gassies à Bruges, à la maison de santé les Pins à Pessac, à la Clinique médico-chirurgicale Wallerstein à Arès, SSR Châteauneuf à Léognan …

1.2.5.3 Les Landes

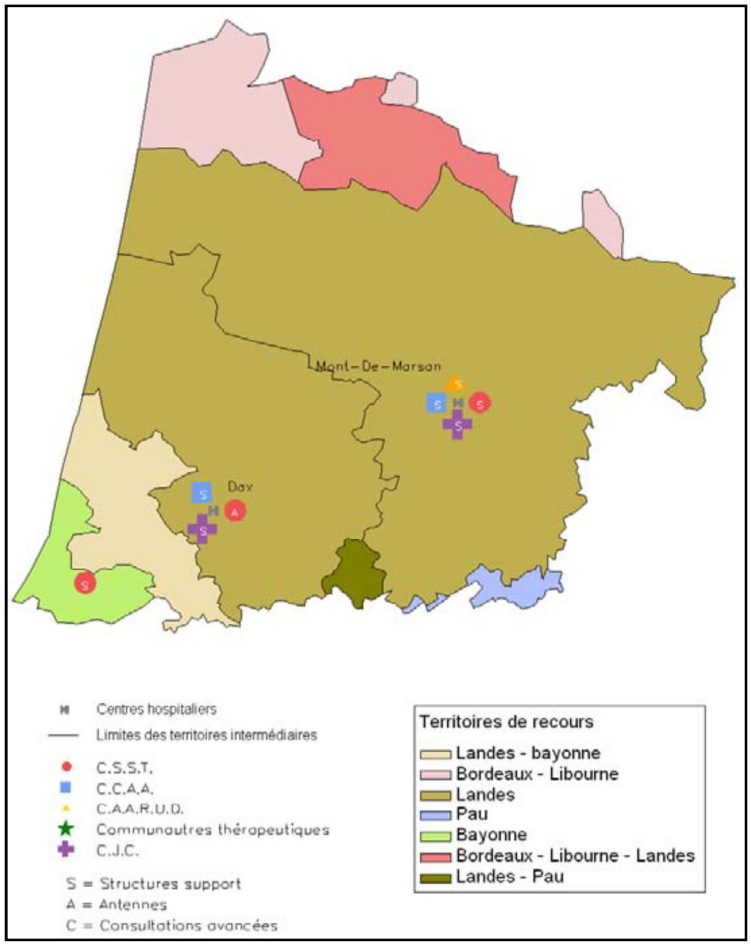


Figure 12: Implantation des services d'addictologie dans les Landes (*Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN*)

Le territoire de recours des Landes est doté de :

- Un CSST à Mont-de-Marsan et une antenne à Dax,

- Un centre résidentiel thérapeutique à Saint-André de Seignanx,
- Deux CCAA à Dax et à Mont-de-Marsan,
- Un CAARUD à Mont-de-Marsan,
- Deux CJC à Mont-de-Marsan et à Dax,
- Deux équipes ELSA au CH de Mont-de-Marsan et au CH de Dax,
- Des activités de soins en addictologie au CH de Mont-de-Marsan, au CH de Dax, à la polyclinique des Chênes à Aire sur l'Adour,
- D'un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie, la Clinique Maylis à Narosse,
- Une consultation en addictologie au CH de Mont-de-Marsan,
- Bornes d'échange de seringues à Capbreton et à Dax.

1.2.5.4 Lot et Garonne

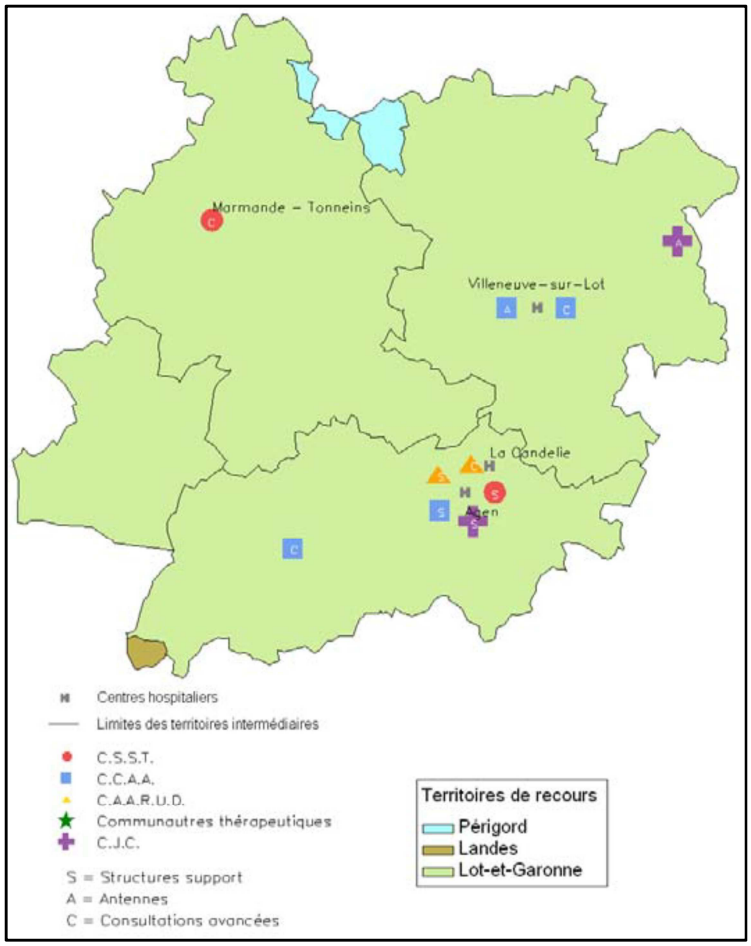


Figure 13: Implantation des services d'addictologie en Lot et Garonne (*Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN*)

Le territoire de recours du Lot et Garonne est doté de :

- Un CSST à Agen,

- Un CCAA à Agen, une antenne à Villeneuve-sur-Lot et deux consultations avancées à Nérac et Fumel,
- Un service d'appartements de coordination thérapeutique à Agen,
- Une consultation Jeunes consommateurs à Agen et deux Antennes, une à Villeneuve-sur-Lot et une à Marmande,
- Un CAARUD et une antenne à Agen,
- Deux équipes ELSA au CH d'Agen (en lien avec le CHD La Candélie) et au CH de Villeneuve-sur-Lot,
- Un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie au CH La Candélie à Agen,
- Des activités de soins en addictologie au CH Agen, au CHD La Candélie à Agen, au CHIC de Marmande-Tonneins, au CH de Villeneuve-sur-Lot,
- Des consultations en addictologie du CH d'Agen, CHIC de Marmande, au CMP de Marmande, au CH de Villeneuve-sur-Lot,
- Une unité d'addictologie au CHD La Candélie.

1.2.5.5 Les Pyrénées Atlantiques

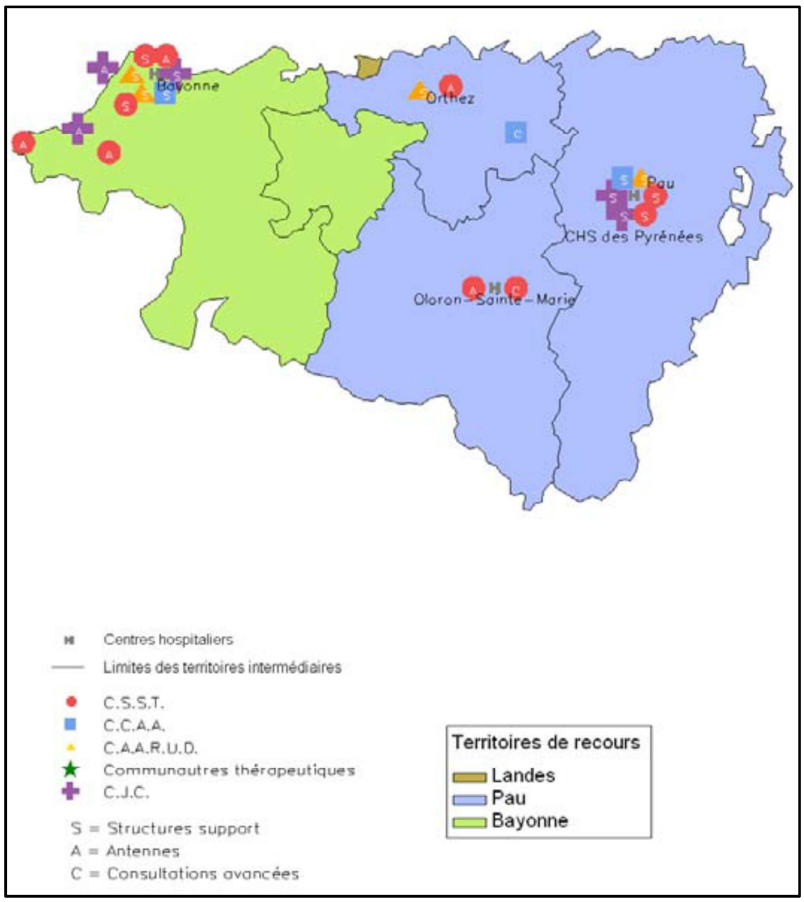


Figure 14: Implantation des services d'addictologie dans les Pyrénées Atlantiques (*Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN*)

Le territoire de recours de Bayonne est doté de :

- Deux CSST (Bayonne et Biarritz) et de trois antennes (Bayonne, Biarritz et Saint-Pée sur Nivelle),
- Un CCAA à Bayonne,
- Un service d'Appartements de coordination thérapeutique à Bayonne,
- Trois CJC à Bayonne, Biarritz et Saint-Jean de Luz,
- Deux CAARUD à Bayonne et un à Saint-Jean de Luz,
- Deux CSAPA à Bayonne,
- Une ELSA au CHIC de Bayonne,
- Un réseau de santé RESAPSAD au CHIC de Bayonne,
- Une consultation en addictologie au CHIC de Bayonne,
- Une borne d'échange de seringues à Saint Jean de Luz et à Hendaye,
- Des activités de soins en addictologie au CHIC de Bayonne, à la clinique Saint-Etienne à Bayonne, à la polyclinique Côte Basque Sud à Saint-Jean de Luz, à la clinique Mirambeau à Anglet, à la clinique D'amade, à la clinique de Cantegrit à Bayonne,
- Des services de soins de suite et de réadaptation qui ont une activité repérée de soins en addictologie à la maison de repos et de convalescence Saint-Vincent Villa Concha à Hendaye et au centre médical Léon Dieudonné à Cambo-les-Bains.

Le territoire de recours de Pau est doté de :

- Deux CSST à Pau et deux antennes et d'une consultation avancée à Oloron Sainte-Marie,
- Une CCAA à Pau et une consultation avancée à Orthez,
- Deux CJC à Pau,
- Un CAARUD à Pau,
- Une ELSA au CH de Pau,
- Un réseau santé : REZOPAU,
- Une unité d'addictologie au CHS des Pyrénées à Pau,
- Des activités de prise en soins en addictologie au CHS des Pyrénées à Pau, et à la maison de santé pour maladies mentales Château de Préville à Orthez,
- Des consultations en addictologie au CH d'Oloron-Sainte-Marie, au CH de Pau,
- Un service de soins de suite et de réadaptation qui a une activité repérée de soins en addictologie à la maison de santé pour maladies mentales Château de Préville à Orthez.

1.2.6 Exemple d'un réseau : RESAPSAD [77], [78]

1.2.6.1 Descriptif et rôle de RESAPSAD

Le Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie (RESAPSAD) regroupe des structures de soins et des professionnels libéraux (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux…) de la côte basque et du sud des Landes.

L'objet du réseau est de développer la prise en charge de toutes les conduites addictives, avec ou sans substance par les professionnels du réseau de santé en apportant un appui aux professionnels de ville pour développer et coordonner la prise en charge des conduites addictives, avec ou sans substance, sur le territoire.

Il vise à :

- Favoriser une prise en charge globale médico-psychosociale des patients : le réseau développe des PPS (Plan Personnalisé de Soins) et favorise les réunions de concertations cliniques pluridisciplinaires (Intervisions),
- Améliorer la connaissance du dispositif de soin,
- Valoriser la coopération entre les intervenants pour favoriser la continuité du soin,
- Maintenir une bonne fluidité dans le parcours de soins des patients entre la médecine de proximité et les structures de soins spécialisées en addictologie. L'accueil des patients en difficulté doit être rapide dans les structures d'addictologie spécialisées, avec des relais en médecine de ville aisés et de qualité lors de la stabilisation,
- Améliorer la qualité des pratiques des professionnels du territoire, en proposant des formations adaptées, en diffusant des recommandations de bonnes pratiques et des outils d'évaluation validés,
- Analyser les pratiques professionnelles locales, recueillir les besoins et les difficultés dans le champ des addictions,
- Développer des partenariats pertinents, utiles et efficaces, avec les professionnels et structures intervenant dans le domaine des addictions (CSAPA), mais aussi avec d'autres professionnels des champs de la périnatalité, de l'hépatologie, de la cardiologie, des services d'urgences et de la pneumologie,
- Développer le renforcement des liens entre les partenaires, la diversité de l'offre de soins, la qualité du travail de coordination autour des patients sont des éléments de qualité du réseau.

1.2.6.2 Les partenaires et l'équipe de RESAPSAD

Le réseau de santé addiction, crée en 1998, s'appuie sur des collaborations avec :

- Le Centre Hospitalier de la Côte Basque,

- Le CSAPA Addictions Pays Basque, regroupant l'ancien CSST ARIT et l'ANPAA 64,
- Le CSAPA et CAARUD Bizia-Médecins du Monde,
- Le CSAPA SUERTE, Centre thérapeutique avec hébergement spécialisé en addictologie,
- L'ARSA (Aide à la Réinsertion Sociale en Aquitaine),
- L'Association des professionnels libéraux RESAPSAD composée en 2013 de 176 adhérents (53 médecins généralistes et 22 spécialistes, 63 pharmaciens, 23 structures associatives et établissements médico-sociaux et 15 adhérents individuels).

L'aire géographique d'action du réseau est le territoire de santé Navarre côte basque et le sud des Landes (ancien territoire de recours de Bayonne), soit la population rattachée à la CPAM de Bayonne. Ceci correspond au bassin de drainage du Centre Hospitalier de la Côte Basque : 320 000 habitants environ, plus d'un tiers vivent dans la Communauté d'Agglomération Bayonne-Anglet-Biarritz.

Tout professionnel de santé peut faire une demande d'adhésion au Réseau. L'appartenance d'un professionnel au réseau est un acte volontaire et un engagement libre, formalisé par la signature de la charte du réseau. Le professionnel informe ses patients de son appartenance au réseau en cosignant le « document d'information patient ».

L'équipe du réseau est constituée par :

- Un médecin coordinateur,
- Une coordinatrice administrative et technique,
- Une secrétaire,
- Une coordinatrice de santé et d'appui en addictologie.

1.2.6.3 Les activités de RESAPSAD

Les activités mises en œuvre ont un rôle de coordination, d'appui des professionnels de santé, dans le domaine de la prise en charge des conduites addictives. Leur travail est divisé ainsi :

- La création et la mise à disposition d'outils de communication :
  - Diffusion régulière par email d'informations sur les parutions scientifiques et médicales récentes en addictologie et l'actualité du réseau,
  - L'annuaire : il recense toutes les structures de soins existantes pour faciliter la collaboration entre les partenaires médicaux et psychosociaux,
  - La plaquette des *Structures de soins ambulatoires en addictologie,*
  - Diffusion des bonnes pratiques et référentiels nationaux et internationaux en matière d'addictologie,
  - Le service documentaire : il repose sur un fond documentaire composé d'articles scientifiques, de livres, de documents de prévention et de plusieurs abonnements

de revues scientifiques. Ces documents sont disponibles au local de RESAPSAD à Bayonne et peuvent également être envoyés aux partenaires du réseau,
  - Le site internet : www.resapsad.org,
- La coordination du parcours de soin : outil primordial du réseau, qui permet la continuité du soin autour des patients.
  - Les Intervisions : ce sont des réunions de synthèse clinique rassemblant les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient du réseau. Elles favorisent la mise en place de projet de soins mieux coordonnés, la pluralité des intervenants, permettant de définir un parcours de soins par étapes en fonction de l'évolution du patient et de ses besoins aux niveaux : psychologique, somatique et social.
  - Elles permettent aussi de clarifier le rôle de chacun, et de décloisonner les pratiques entre les différents professionnels du champ social, libéral et hospitalier. Elles sont organisées par la coordinatrice de santé et d'appui en addictologie, la secrétaire et le médecin coordinateur de RESAPSAD, à la demande d'un professionnel, quel que soit son statut, avec l'accord du patient. Les professionnels, adhérents ou non au réseau, sont indemnisés à hauteur de 60€. Les professionnels participant régulièrement à ses Intervisions acquièrent indéniablement au fil du temps et des expériences partagées une expertise dans la prise en charge des patients souffrant de conduites addictives.
  - Le PPS : c'est un programme de soins individualisés favorisant une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée d'un patient du réseau tout au long de son parcours de soins. Il ne présente pas de surcharge de travail pour les professionnels de santé libéraux, dans la mesure où il est coordonné par le médecin coordinateur du réseau.
- La déléguée santé prévention (DSP) : Elle a pour mission de visiter les professionnels libéraux (médecins et pharmaciens) exerçant dans les départements des Pyrénées Atlantiques et le sud des Landes.

  Ces visites régulières ont pour objet de :
  - Présenter les actions et objectifs du réseau,
  - Rappeler les structures et les professionnels rattachés au réseau du territoire,
  - Recueillir les besoins et difficultés des professionnels,
  - Diffuser les protocoles, guides de bonnes pratiques ou outils d'aide à la consultation à la demande,
  - Maintenir un lien privilégié avec les professionnels libéraux.
- Amélioration de la prise en charge des hépatites virales et alcooliques. L'enquête coquelicot 2004-2007 de l'InVS montrait que 60% des usagers de drogues étaient porteurs du VHC, 10% co-infectés VHC-VIH et 28% avaient moins de 30 ans, la contamination des plus jeunes se faisant lors de l'initiation à la toxicomanie par des tiers plus âgés.

En France, l'accès aux traitements antiviraux était largement insuffisant chez les patients toxicomanes. En 2006 seulement 10 à 15% d'entre eux étaient traités.
Dans ce contexte, le réseau RESAPSAD a acquis un FibroScan qui permet un dépistage précoce de la fibrose hépatique par des outils de mesure non invasifs. Cet appareil, installé au CSAPA Bizia (situé en face de RESAPSAD et à côté de l'hôpital de Bayonne), est mis à disposition de tous les services d'hépatologie de Bayonne et de Dax, privés ou publics et des structures d'addictologie locales, et du centre d'examen de santé de la CPAM de Bayonne.
Le bilan du projet est très positif avec plus de 3000 actes réalisés en 4 ans, gratuits pour tous les patients. La collaboration entre les équipes d'addictologie, les médecins traitants et les hépatologues a permis de lever les derniers freins de l'accès au traitement des patients usagers de substances psychoactives et de nombreux patients ont été traités pour leur hépatite virale C et B depuis 2007.
Le FibroScan s'est aussi révélé un outil motivationnel remarquable, le patient prenant conscience de la réalité clinique de son hépatite et s'impliquant plus dans le soin. Ils réduisent aussi parallèlement leur consommation d'alcool et de cannabis.

1.2.6.4 L'accès au réseau [78]

1.2.6.4.1 Pour les professionnels

Tout professionnel œuvrant dans le champ des addictions peut faire une demande d'adhésion à l'association RESAPSAD (cotisation annuelle fixée à 10 euros).

La légitimité du réseau repose sur une forte implication des professionnels libéraux depuis sa création en 1996.

- Ses professionnels sont bien répartis sur le territoire ce qui permet des relais de prise en charge vers la ville, appréciables pour les patients stabilisés. Cette fluidité dans le parcours de soins permet de réduire les délais d'attente dans les CSAPA ou sur le CHCB.
- La diversité des partenaires garantit un travail en réseau transdisciplinaire appréciable pour les patients.

Les professionnels non adhérents bénéficient aussi des services du réseau (mise à disposition des outils d'informations spécialisées tels que bandelettes urinaires, questionnaires d'évaluation, site internet, Intervision, formation Fibroscan…).

Les résultats sont très encourageants, le bilan de 2012 est le suivant :

- Les adhérents 2012 :
  - 176 adhérents en 2012 soit 15% d'augmentation par rapport à 2011,
  - 23 nouvelles adhésions, principalement des libéraux (9 médecins généralistes, 3 médecins spécialistes, 5 pharmaciens, 1 réseau, 1 association d'insertion, 1 psychologue, 2 sages-femmes, 1 IDE-arthérapeute),

- Pas de sortant en 2012.
- Les bénéficiaires non adhérents en 2012 représentent 16% des appels.

Tous les nouveaux adhérents ont bénéficié d'une rencontre individualisée (visite confraternelle) sur leur lieu de travail par la coordinatrice de santé et d'appui en addictologie pour présenter les missions du réseau, remettre les outils de la coordination et recueillir leurs attentes.

Le réseau remet à chaque professionnel un dossier contenant :

- les coordonnées du réseau et du médecin coordinateur,
- les plaquettes des structures et l'annuaire (dispositif de soins, réduction des Risques, etc..) édités par RESAPSAD,
- les dossiers PPS type de RESAPSAD,
- les protocoles et référentiels médicaux (Fibroscan, éléments de compréhension des sérologies, dosages urinaires…),
- les bandelettes urinaires de dosage de substances psychoactives,
- les lettres du réseau,
- le catalogue de documentation, et de prêt de livres avec les bons de commande.

1.2.6.4.2 Pour les patients

Un patient peut être inclus dans la file active du réseau dès lors qu'il est pris en charge par un professionnel ou une institution adhérente du réseau. Il est invité par ces professionnels à signer le document d'information destiné au patient (DIP), formalisant son adhésion au réseau et son accord quant au partage de l'information le concernant dans le cadre des PPS.

Il appartient au médecin coordinateur de veiller à limiter ce partage d'information aux éléments strictement nécessaires et à certains professionnels. La tenue d'une réunion de concertation suppose un accord supplémentaire spécifique du patient, qui est invité en fin d'Intervision s'il le souhaite.

Le patient a toute liberté quant au choix des professionnels qui le prendront en charge, qu'ils soient adhérents ou non du réseau. Il peut à tout moment arrêter son adhésion au réseau par courrier.

Un nombre conséquent de patients sont bénéficiaires du réseau (orientation, écoute, conseils, appel du médecin ou pharmacien) sans être adhérent du réseau et sans être intégrés dans la file active PPS.

En 2012 le nombre de suivi via le réseau sont :

- De 2005 à fin 2012, 1297 patients ont signé un DIP pour adhérer au réseau.
- Nombre de patients ayant signé un DIP en 2012 : 96
- Nombre de patients non adhérents, ayant bénéficié de l'intervention de la cellule de coordination en 2012 : 40
- Nombre de PPS en 2012 : 144 patients

- Nombre de PPS ouverts ou réouverts en 2012 : 36
- Nombre de PPS clos en 2012 : 21 (5 décès, 16 arrêts de prise en charge réseau pour déménagement, départ, fin de prise en charge)

En Aquitaine les relais en pharmacies et en médecine de ville pour la prescription des TSO sont facilités grâce à des années d'actions du réseau. Le maillage territorial permet une fluidité importante dans le parcours de soins des patients dépendant aux opiacés. A l'inverse les structures d'addictologie locales reprennent immédiatement les patients en charge en cas de difficulté. De nombreux CSAPA en France ont des délais d'attente importants car la continuité du soin en ville est impossible ou de mauvaise qualité donc les patients sont suivis tout le long de leur sevrage par le CSAPA.

1.2.6.4.3 La prise en charge du patient à RESAPSAD

Lorsque le patient se présente la rapidité de la prise en charge sera fonction de son addiction. En effet, lorsqu'il s'agit d'addiction à un opiacé il aura un rendez-vous dans la semaine qui suit avec un médecin. Pour les autres addictions les délais peuvent varier et sont de 1 mois maximum pour des addictions qui ne sont pas à une substance.

Le schéma de soin est similaire pour toutes les addictions et est le suivant :

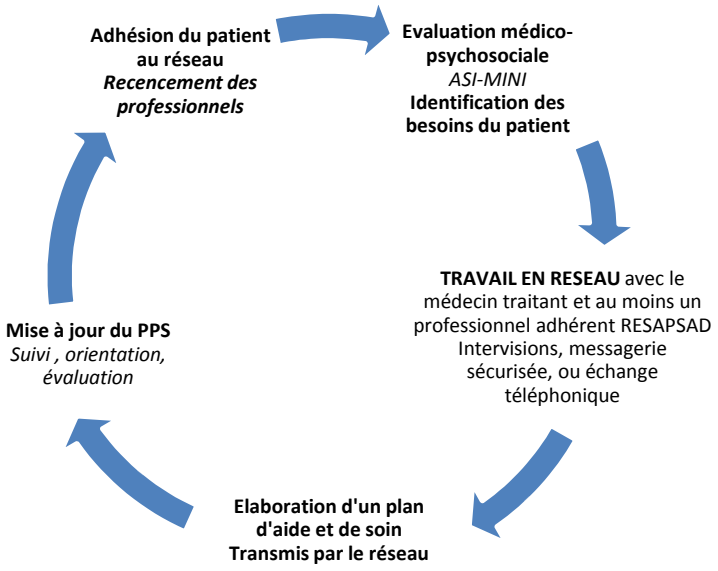

Adhésion du patient au réseau
Recencement des professionnels
Evaluation médico-psychosociale
ASI-MINI
Identification des besoins du patient
TRAVAIL EN RESEAU avec le médecin traitant et au moins un professionnel adhérent RESAPSAD
Intervisions, messagerie sécurisée, ou échange téléphonique
Elaboration d'un plan d'aide et de soin
Transmis par le réseau
Mise à jour du PPS
Suivi , orientation, évaluation

Figure 15: Schéma de soin utilisé à RESAPSAD

Lorsque le patient arrive, il a rendez-vous avec un des médecins du centre. Ensuite il y aura une évaluation de la sévérité de l'addiction mais également des principaux troubles psychiatriques de l'axe 1 du DSM-IV. Cet évaluation médico-psychosociale dure environ une heure et se fait soit avec un médecin soit avec un thérapeute. L'étude du profil psychologique va permettre d'initier un traitement global et ainsi permettre une meilleure réussite du sevrage avec le traitement des comorbidités psychologiques. Cet entretien

d'environ 1h sera l'occasion de faire remplir deux questionnaires ASI et MINI qui vont guider la prise en charge.

Suite à cette évaluation il va y avoir mise en place d'un projet de soin entre les différents professionnels de santé qui sera réévalué fréquemment pour s'adapter au mieux à l'évolution du patient.

Les questionnaires d'évaluation sont rattachés avec l'accord du patient à une cohorte avec recherche clinique qui permet de faire évoluer les questionnaires au fil du temps.

Il existe également des évaluations beaucoup plus courtes qui sont disponibles aux associations Bizia et RESAPSAD qui peuvent être utilisés la première fois qu'un patient se présente en attendant d'avoir un rendez-vous avec un médecin.

Il est aussi possible qu'un patient intègre cette prise en charge via son médecin traitant. Dans ce cas, ce dernier contacte le réseau pour demander de l'aide dans la coordination de la prise en charge. Ce médecin aura présenté au préalable au patient les missions du réseau, l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire en réseau par des professionnels spécifiquement formés et lui a demandé de signer le DIP.

Le médecin et la coordinatrice de santé et d'appui en addictologie recueillent les données médico-psychosociales du patient, évaluent la situation médicale, psychologique et sociale, mobilisent les partenaires et les ressources nécessaires à la continuité du soin, tout en clarifiant le rôle de chacun.

Le réseau proposera ainsi en lien avec le médecin traitant un plan de soin et c'est le médecin traitant qui le mettra en place et une Intervision sera proposée au patient avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge.

Le suivi des PPS est assuré par la coordinatrice de santé et d'appui en addictologie, ou le médecin coordinateur :

- par le biais de contacts téléphoniques, messages sécurisés via TSA, ou de nouvelles Intervisions,
- par le biais des Visites Confraternelles
- par le biais d'un ASI de suivi tous les 6 mois avec ces patients

Impacts pour le patient :

- Le patient est impliqué dans le projet de soin,
- Prise en charge globale médico-psychosociale et multidisciplinaire,
- Projets de soins mieux coordonnés, plus pertinents, accélérateur de trajectoire de soin
- Un accompagnement dans le temps, en évitant toute rupture de soin

Impacts pour les professionnels :

- Implication forte du médecin traitant
- Mise en contact des divers professionnels avec clarification du rôle de chacun

- Lutte contre isolement de certains professionnels
- Ne crée pas de charge supplémentaire de travail, l'évaluation et les dossiers étant réalisés par la cellule de coordination du réseau,
- Accès à la messagerie sécurisée grâce à une inscription aisée via TSA, ne nécessitant pas l'investissement de matériel pour les médecins et pharmaciens.

Le dossier type PPS RESAPSAD est un document écrit et révisé périodiquement et comprend :

- Données d'identification du patient (Nom, prénom, sexe, adresse, téléphone, numéro de sécurité sociale, date et origine de la signature adhésion au réseau…)
- Date de la création du PPS
- Liste des professionnels impliqués (coordonnées, fonction, adhésion réseau …)
- Bilan évaluation initiale à la création du PPS :
  - Situation addictologique (TSO, autres addictions…)
  - Situation psychiatrique et les résultats du MINI
  - Situation somatique et retentissement des consommations (ECG, EFR, sérologies, dépistage fibrose hépatique par Fibroscan, …)
  - Traitements en cours
  - Situation sociale, professionnelle et financière : niveau de formation, travail, source de revenus, curatelle, logement, entourage
  - Situation juridique
  - ASI de base
- Synthèses des Intervisions,
- Plan d'aide et de soin
- Bilans de suivi actualisés tous les 6 mois (ASI de suivi, Intervisions, comptes rendus d'hospitalisations…).

1.2.6.4.4 Résultats 2012

Nombre de PPS : 144 patients

L'âge moyen des patients était de 41 ans et 70% d'entre eux était des hommes (n=96)

Origine de l'ouverture des PPS :

- 61% (n=87) étaient issus de CSAPA principalement à l'occasion du relais en médecine de ville
- 12% (n=18) du CHCB
- 20% (n=31) de la médecine de ville
- 5% (n=7) de RESAPSAD (par contact direct du patient au réseau)
- 1% (n=1) de CMP.

Diagnostic addictologique :

- 91% (n=131) de ces patients souffraient de poly addictions, 3% (n=5) souffraient d'une addiction simple au tabac et 5% (n=8) d'une addiction simple à l'alcool.
- 65% (n=94) des patients étaient pris en charge pour une addiction aux opiacés et sous traitement de substitution méthadone ou buprénorphine.

Comme dit précédemment, la prise en charge comprend également une évaluation des sérologies pour adapter les soins. En 2012 les sérologies étaient les suivantes:

- VIH
  - Négatif : n=108 (77%)
  - Positif : n=17 (12%)
  - Inconnu : n=17 (12%)
- VHC
  - Négatif : n=64 (45%)
  - Positif : n=32 (23%)
  - Guérison après traitement : n=6 (5%)
  - Guérison spontanée : n=12 (8%)
  - Inconnu : n=30 (19%)

Parmi ces 144 patients, 105 (73%) avaient un médecin traitant identifié et 46 bénéficiaient d'un suivi par un médecin psychiatre

Résultats en 2012 des Intervisions :

Il y a eu 30 demandes d'Intervisions, parmi elles 26 ont été réalisées.

Quatre situations ont été résolues par concertation téléphonique entre les professionnels et le médecin coordinateur, dans le cadre d'un suivi de PPS classique.

Les 26 Intervisions réalisées ont concerné 24 patients et ont réuni :

- 151 participants au total dont 30 % de libéraux
- 19 catégories socioprofessionnelles différentes : médecins généralistes, médecins addictologues, médecin du travail, médecin hépatologue, médecins psychiatres, pédopsychiatres, endocrinologues, médecin chef de service, pharmaciens libéraux, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, conseillères en économie sociale et familiale, technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF), directeur de structure, 1 thérapeute familial, 1 coordinatrice de santé et d'appui en addictologie, 1 secrétaire.
- La coordinatrice de santé et d'appui en addictologie a animé deux réunions
- 7 structures de soins différentes : CSAPA Addiction Pays Basque, CSAPA BIZIA, ARSA, CATTP Dabanta, CHCB, MSD, BAL

Trois mois après la tenue de chaque Intervision, un questionnaire anonyme est adressé à tous les participants, il recueille leur ressenti quant à la pertinence de cette réunion clinique, le degré de prise en compte des divers aspects (médical, psychologique, social, juridique) de la problématique du patient, son impact sur la trajectoire de soin du patient, et le niveau de

satisfaction du professionnel. Celui-ci montre que 98% des participants ont trouvé l'Intervision à laquelle ils ont assisté pertinente

2 ENVOI DU MATERIEL STERILE PAR VOIE POSTALE [83]

Le programme d'échange stérile par voie postale a vu le jour suite à de nombreuses réflexions. En effet, il a l'avantage d'éviter aux toxicomanes le déplacement dans un CAARUD ou un automate où il est facile de se faire repérer. De plus l'accès à ce genre de matériel gratuitement est problématique chez les usagers vivant en milieu rural isolés d'un CAARUD. Pour ces personnes le seul moyen pour avoir accès au matériel est de se rendre en Pharmacie pour acheter une stéribox ce qui est d'autant plus difficile pour eux d'une part car ils ne veulent pas assumer leur dépendance devant les autres patients et d'autre part car c'est un service payant.

C'est suite à ces réflexions que l'association SAFE a développé un programme d'échange de matériel stérile par voie postale. SAFE est une association qui travaille pour la prévention des risques infectieux liées à l'usage de drogues par injection. Ils ont notamment un site internet où sont répertoriées de nombreuses informations ainsi que l'adresse de tous les automates et CAARUD existant en France.

Le principe du programme est simple, les usagers prennent contact par mail ou par téléphone avec l'association SAFE. C'est une association dont le but est la prévention des risques infectieux liés à l'usage de drogues par injection.

Les contacts sont disponibles sur leur site internet ainsi que dans la plupart des CAARUD ou associations accueillant des toxicomanes. Lorsque l'usager prend contact par mail, un membre de l'association SAFE contacte la personne pour voir avec elle quel type de matériel il lui faut, parler de sa dépendance et voir si elle est suivie par un CAARUD. Si ce n'est pas le cas et qu'elle ne souhaite pas se rendre à un CAARUD pour diverses raisons, la prise en charge est initiée par SAFE et ensuite une orientation du patient vers un CAARUD ou un CSAPA peut être envisagée.

Suite à ces entretiens téléphoniques, l'usager reçoit par colis de la poste le matériel adapté ainsi qu'un conteneur jaune permettant de se débarrasser du matériel usagé. Lorsque ces conteneurs sont pleins les personnes doivent s'en débarrasser elles-mêmes dans des lieux de ramassage où les diabétiques déposent également leur matériel usagé.

3 LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE [79], [80], [81], [82], [84]

Le débat sur les salles de consommations à moindre risque (SCMR) ou salle de shoot ou encore centre d'injection supervisée est très présent dans l'actualité et est pour certains un outil de réflexion. Ce débat existe depuis au moins 2003 en France.

Les salles médicalisées de consommation sont des zones d'autorisation de consommation de drogues illicites, au moyen de matériel stérile et entouré par des professionnels formés. Les premières salles sont apparues dans les années 80 en Suisse. En fin d'année 2012, il existait 78 structures dans 45 villes du monde.

3.1 DEFINITION ET ROLE

Les SCMR sont des endroits utilisés pour la consommation hygiénique de drogues obtenues au préalable dans un environnement non moralisateur et sous la supervision d'un personnel formé. Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, imbriqué dans des stratégies locales qui répondent à une multitude de besoins individuels et communautaires résultant de la consommation de drogues.

Le centre d'injection supervisée est la notion la plus poussée de la Réduction des Risques (RdR). Il a pour objectif de :

- Réduire les risques liés à la pratique de consommation : overdoses, contamination VIH, hépatites, abcès
- Réduire les nuisances liées aux pratiques de consommations dans la rue
- Entrer en contact avec certains usagers, trop marginalisés pour être captés par les dispositifs classiques de RdR et leur proposer une porte d'entrée vers un processus de soin

Il permettrait de résoudre les problèmes des groupes de population à haut risque qui consomment des drogues, plus particulièrement ceux qui consomment par voie intraveineuse et en public. Ces groupes ont des besoins importants en termes de santé publique qui ne sont pas souvent pris en charge par les services de santé, les services sociaux, ou de maintien de l'ordre, posant ainsi des problèmes aux communautés locales.

La plupart des SCMR font partie d'une gamme plus large de services et sont gérées en collaboration avec différents acteurs, y compris les autorités locales, les forces de l'ordre, et les prestataires de services de santé et l'aide sociale. En plus des services de base fournis, les utilisateurs peuvent être orientés vers des services spécialisés si besoin. Selon le contexte local certaines SCMR emploient une approche plus médicalisée avec des médecins et des infirmiers, alors que d'autres choisissent de jouer un rôle plutôt social avec un élément d'action sociale au sein de la communauté. Toutes les SCMR ont établi des critères d'admissibilité et ont un règlement intérieur strict. Un certain nombre de SCMR ont développé des modèles de participation et de soutien par les pairs afin d'inclure les usagers dans la prestation de services et la prise de décisions.

3.2 UN PEU D'HISTOIRE

A la fin des années 1980 et au début des années 1990, la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas commencèrent à mettre en place les premières SCMR. Bien que ces pays commencent à expérimenter cette nouvelle approche de réduction des risques, les SCMR n'étaient pas officiellement reconnues par les lois nationales.

Dans les années 90, la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas sont passés à l'étape supérieure pour accroître l'accès aux SCMR. Entre temps des SCMR furent ouvertes à Sydney en Australie et à Vancouver au Canada au début des années 2000. L'Espagne, le Luxembourg et la Norvège viennent compléter la liste des pays ayant inclus ces espaces dans leurs politiques et pratiques relatives à la drogue. Cependant, seuls les Pays-Bas et la Suisse assurent une couverture nationale de ces salles. Dans la plupart des cas, les SCMR ne sont disponibles que dans les capitales (Australie, Canada, Luxembourg et Norvège) ou dans des régions spécifiques (Allemagne et Espagne).

Dans de nombreux autres pays, des efforts ont été entrepris par les prestataires de service, les responsables politiques, les chercheurs, les organisations à base communautaire et les usagers de drogues pour introduire des SCMR dans leurs pays, mais la plupart n'ont pas abouti à l'exception notable du Danemark. En 2001, une ONG au Danemark en a ouvert une unité mobile à Copenhague. Pendant 10 mois cette unité mobile a fourni des services aux usagers de drogues sans interférence de la part de la police ou autorités gouvernementales. L'initiative a contribué de manière significative aux discussions en cours quant à la légalité des SCMR au Danemark. En juin 2012, le Parlement danois a voté une loi dotant les municipalités d'un mandat légal clair leur permettant d'ouvrir des SCMR avec l'autorisation de Ministère de la Santé.

3.3 CONTEXTE LEGAL

Une salle de consommation opère selon le système légal en vigueur dans le pays concerné, comme une entité légale indépendante, une unité au sein d'un établissement de santé, une organisation non-gouvernementale (ONG), ce qui est très répandu, ou un service de santé publique. Dans la plupart des pays, certaines lois spécifiques ont dû être modifiées afin de dépénaliser la consommation de drogues dans ces lieux et pour réguler le fonctionnement des salles. Au Canada et en Australie, les SCMR ont été mises en place en tant que projets pilotes avec des exemptions légales. Bien que la consommation de drogues soit tolérée dans les salles, l'achat de ces drogues est pénalisé dans tous les pays.

Au niveau international, les conventions des Nations Unies (ONU) sur le contrôle des drogues pourraient devenir des obstacles à l'introduction généralisée des SCMR. L'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), l'organe de l'ONU responsable du suivi de la mise en œuvre des conventions, a exprimé son inquiétude quant au développement des SCMR, alors sa position par rapport à d'autres mesures de réduction des risques s'est

assouplie. L'OICS s'oppose aux salles de consommation, considérant que l'autorisation de la possession de drogues obtenues de façon illicite favorise le trafic de drogues, qui doit être sanctionné. L'OICS considère que ces salles permettent la consommation de drogues sans fins médicales ou scientifiques, ce qui enfreint les conventions. Cependant cette interprétation étroite des conventions ne fait pas l'unanimité. En effet, en réponse à une demande de l'OICS d'analyser la relation entre plusieurs mesures de réduction des risques et les traités sur le contrôle des stupéfiants, le précurseur de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) conclut en 2002 que de nombreuses interventions, n'étaient pas contraires aux conventions. Cet argument s'appuie sur l'interprétation flexible des conventions, le manque de définition précise de ce que constituent « des fins médicales et scientifiques », et le langage utilisé dans la Déclaration Politique de 1998 sur les Principes Directeurs de la Réduction de la Demande des Drogues. Ceci s'signifie qu'en pratique, alors que certains pays ont introduit des SCMR et ont dû faire face à l'OICS quant à leurs obligations internationales, ceci peut être facilement contourné avec des arguments légaux.

3.4 LES ARGUMENTS EN FAVEUR DES SALLES DE CONSOMMATION

Ces salles sont une façon innovante de réduire les risques liés aux drogues, tout en étant une approche controversée dans le cadre politique de lutte contre la drogue. Il est par conséquent primordial d'évaluer attentivement l'efficacité de ces établissements et de continuer à former une base d'arguments solides qui justifie leur mise en place. Le processus d'évaluation est particulièrement suivi dans les pays où les SCMR sont encore au stade expérimental. Jusqu'ici, les essais contrôlés randomisés généralisés et les études approfondies sur l'efficacité des SCMR n'ont pas pu être effectués, surtout à cause de problèmes méthodologiques qui compliquent la justification des liens entre l'existence des SCMR et les changements encourus en pratique.

Le rapport d'évaluation le plus récent sur les SCMR fut publié en 2010 par la compagnie de comptabilité KPMG à Sydney en Australie, sur une période d'essais allant de 2007 à 2011. Le rapport suggère que :

- Les SCMR ont eu un impact positif sur la réduction des overdoses
- Les SCMR ont fonctionné comme un portail vers le traitement de la dépendance
- Les SCMR ont réduit de manière significative les problèmes sécuritaires liés à l'usage de drogues à ciel ouvert et aux seringues usagées
- Les SCMR ont contribué à une baisse du taux des nouvelles infections de VIH et d'hépatite C

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a publié deux rapports sur les SCMR, passant en revue les informations disponibles quant aux effets des SCMR. L'OEDT a conclu que :

- Les SCMR atteignent les groupes vulnérables et sont acceptés par les groupes cibles, les communautés et autres acteurs clés

- Les SCMR aident à améliorer l'état de santé des usagers de drogues et réduisent les comportements à risque
- Les SCMR peuvent réduire le nombre de décès par overdose
- Les SCMR pourraient avoir un impact sur les taux d'infection au VIH et à l'hépatite C, bien qu'il soit nécessaire de fournir des preuves supplémentaires dans ce domaine
- Les SCMR peuvent réduire la consommation de drogues à ciel ouvert et les problèmes qui en découlent, si elles font partie d'une stratégie locale globale

3.5 LE RESEAU INTERNATIONAL DES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

En 2007, le réseau international des salles de consommation à moindre risque (INDCR) fut établi à Bilbao dans le Pays Basque. L'objectif de l'INDCR est de partager les connaissances et les expériences, d'améliorer les méthodologies employées et d'appuyer la mise en place de SCMR dans d'autres endroits. Le réseau organise des sondages et enquêtes et publie des rapports, visant ainsi à contribuer aux débats légaux et politiques sur les SCMR. Actuellement, presque toutes les SCMR dans le monde sont affiliées au réseau.

3.6 LA SITUATION EN FRANCE [85]

Le décret 2005-47 du 14 avril 2005 offre la possibilité d'expérimenter ces salles de consommation en France.

Tout était prêt pour l'ouverture de la salle de consommation parisienne prévue en décembre 2013. Le lieu pour l'accueillir était trouvé, les professionnels étaient sur le point d'être engagés. Les acteurs de la salle avaient travaillé avec la police, la justice, la mairie de Paris. Tout était prêt pour que la réduction des risques prenne un second souffle en France, il ne manquait qu'un dernier décret. Mais le conseil d'Etat a annoncé le 9 octobre 2013 que ce lieu de consommation de drogues à moindre risque n'est pas conforme à la loi de 1970 sur les stupéfiants qui interdit et pénalise l'usage de stupéfiant et le décret manquant ne suffit pas à sécuriser ce dispositif. Il a conseillé d'inscrire les salles de consommation dans la loi.

Suite à ça, le 27 février 2014, l'Académie de Pharmacie rendait un avis négatif sur les salles de consommation à moindre risques sur un argumentaire pas vraiment fondé disant que certains pays tels que la Suède ont supprimé les salles d'injection en raison de leurs résultats peu convaincants.L'académie de Pharmacie se base sur une expérience suédoise vieille de plus de 35 ans qui ne correspondent plus du tout au contexte actuel, en effet il y a eu en Suède de 1965 à 1967 une tentative de libéralisation qui a été à l'origine de l'épidémie des drogues. L'expérience n'avait pas eu l'effet exconté mais n'a rien à voir avec l'ouverture de SCMR vu que celles-ci n'ont pas de vocation à légaliser la drogue mais à permettre un usage sans risque.. De plus de nouvelles salles de consommation vont voir le jour au Danemark, au Luxembourg, à Barcelone et peut être en Belgique et au Canada. L'approche des élections

municipales de 2014 a fait reculer les autorités et nous positionne bien derrière de nombreux pays sur la prise en charge de la toxicomanie.

Le problème de fond pour les établissements en charge des toxicomanes est que les lois encadrant la toxicomanie bloquent l'évolution de la prise en charge car lorsqu'elles ont été créees il n'y avait pas de consommation de drogues en masse, autant de pratiques à risque, de grande précarité… Aujourd'hui la loi de 1970 empêche l'ouverture des SCMR en France et empêche la création de nouveau dispositif adapté à notre époque.

4 ROLE DU PHARMACIEN DANS LE SEVRAGE [86], [87]

Tous les professionnels rencontrés sont unanimes, le pharmacien est un pilier essentiel de la prise en charge des patients sous TSO. Ils lui font confiance et prennent en compte toutes ses interventions. Les médecins prescripteurs insistent sur la nécessité du pharmacien de les informer dès que besoin. Ils souhaitent le voir jouer pleinement son rôle de spécialiste du médicament. Ils veulent qu'il informe les patient quant à leur médicament, qu'il soit attentif aux co-consommations et qu'il intervienne dans l'éducation thérapeutique. Il doit être un allier précieux dans le suivi psychologique de par son dialogue avec le patient. Cependant on remarque encore que la prise en charge varie en fonction du point de vue et de la perception des TSO d'une équipe officinale à une autre. La situation actuelle

Selon une enquête de l'OFDT en 2003, plus de 8 pharmaciens sur 10 recevaient au moins un toxicomane par mois dans leur officine. Parmi ces pharmaciens, 70% délivraient des traitements de substitution et des seringues ou des Stéribox et 16% uniquement des seringues et des Stéribox. Il faut savoir que ces proportions étaient en hausse depuis 1998 et les dernières données datent de 2003. Une autre enquête nationale a été réalisée en 2010 par l'AFSSAPS auprès des pharmacies d'officine. Cette dernière dit que sur les pharmaciens ayant répondu à l'enquête (38%) près de la moitié déclarent délivrer aux usagers de drogues des informations sur la prévention de maladies infectieuses et 40% d'entre eux indiquent disposer de dispositifs de récupération des seringues. Les pharmacies enquêtées sont 79% à recevoir chaque mois au moins un patient traité par TSO, 78% délivrent des Stéribox mais seulement 16% des seringues à l'unité et encore moins (1,2%) des Stéricups.

Les associations SAFE et ASUD ont réalisé l'enquête Pharmasud en 2010. L'association ASUD qui se bat pour que l'usager de drogue soit considéré comme une personne et un patient comme les autres. Cette enquête comportait :

- Un volet déclaratif mené par SAFE auprès de 20% des pharmacies sur l'ensemble des arrondissements de Paris
- Un volet testing mené par ASUD auprès de 7% des pharmacies sur le nord-est parisien

L'objectif de cette enquête était de mesurer l'accès au matériel d'injection, aux jetons et aux TSO, évaluer les éventuelles disparités géographiques, évaluer les conditions de délivrance, identifier les éventuels freins à la délivrance et identifier d'éventuelles discriminations.

Les résultats de cette enquête sont alarmants :

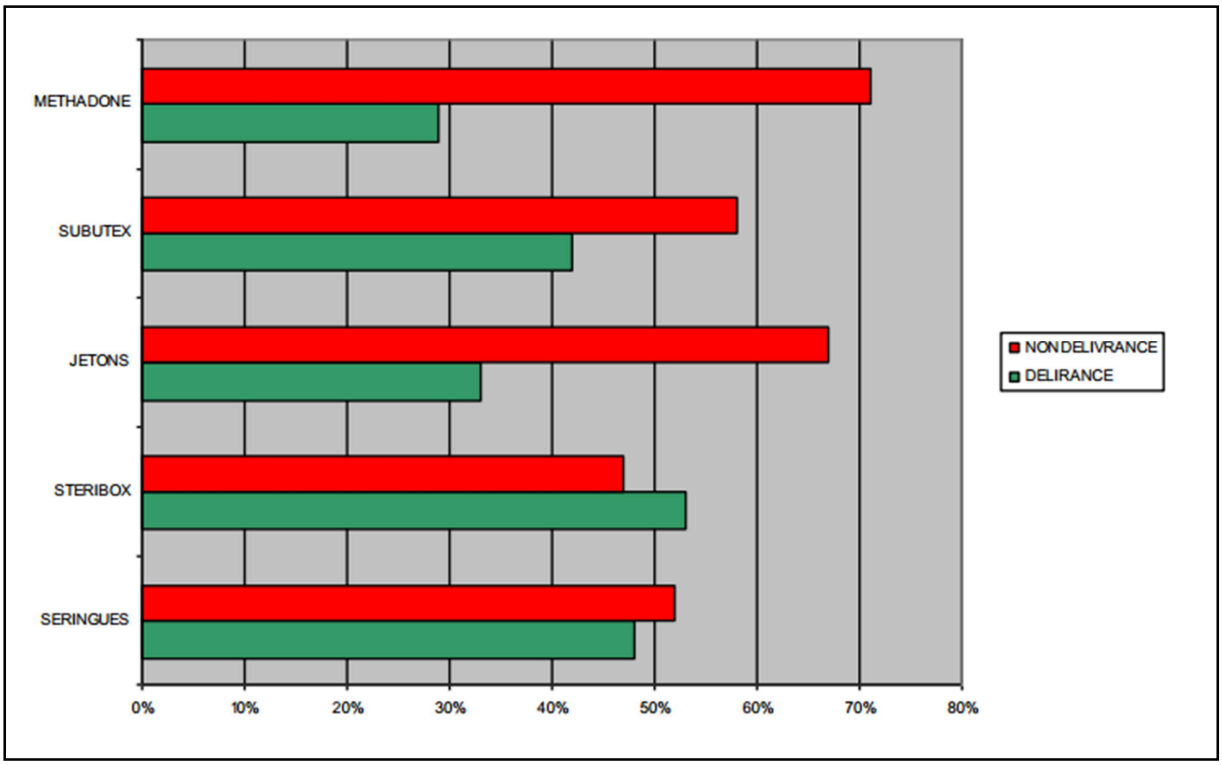


Figure 16: Accès au matériel d'injection et aux MSO

Pour se justifier les pharmaciens donnent 5 grandes catégories d'arguments :

- L'absence de demande ou de prescriptions (57% des propos)
- La peur suite ou non à des problèmes rencontrés auparavant type vol, violence… (13%)
- Le refus des usagers de drogues ou de certains d'entre eux (11%) pour préserver l'image du quartier ou car le pharmacien ne veut délivrer qu'aux usagers qu'il connait
- Jugements sur la substitution (10%) car trouve l'efficacité des TSO insuffisante au motif qu'un usager sous traitement n'est pas forcément guéri au bout de deux ans
- Les difficultés d'organisation de la délivrance de la substitution (9%).

On remarque donc à travers ces différentes enquêtes des résultats assez déroutants et qui interrogent sur le rôle du pharmacien dans le sevrage. Il faut également relever que ces résultats concernent la capitale et que la prise en charge en milieu rural est très différente car les usagers ont plus le réflexe d'aller en pharmacie car les lieux d'approvisionnement en matériel stérile sont trop éloignés.

4.1 LES PHARMACIENS DANS LES RESEAUX

Les différents réseaux qui existent en France travaillent en collaboration avec des pharmacies et cherchent à étendre le nombre de pharmacies partenaires. En effet, ces pharmacies permettent un relai de la prise en charge par TSO mais aussi de mettre à disposition du matériel stérile gratuitement (dispositif non mis en place dans toutes les régions car assez coûteux et les pharmaciens ont peur de voir arriver trop de toxicomanes dans leur officine).

La nécessité de créer des réseaux s'est faite en raison de la multiplicité des problèmes engendrés par la toxicomanie car un acteur de santé seul ne pouvait assumer la totalité et l'intégralité de la prise en charge. Historiquement c'est souvent le binôme pharmacien-médecin qui est à l'initiative de la plupart des réseaux.

Lorsqu'une pharmacie adhère à un réseau elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Le rôle du pharmacien dans la toxicomanie évolue beaucoup dès lors qu'il intègre un réseau. Le pharmacien n'a jamais été à l'aise face à la venue de toxicomanes dans son officine. Le réseau permet de mettre à disposition des formations pour l'équipe officinale pour pouvoir mettre en place une prise en charge des toxicomanes qu'ils soient en sevrage ou non.

En fonction de la région et du réseau dans lequel le pharmacien est adhérent différentes choses peuvent être mise en place. Par exemple l'association SAFE met en place un don de matériel d'injection en pharmacie pour les pharmacies adhérentes à son réseau. Ce dispositif montre la volonté d'amélioration du rapport avec l'usager et permet aussi, au pharmacien, de prendre conscience de leur mission de santé publique.

Le réseau RESAPSAD est actuellement en train d'essayer d'augmenter le nombre de pharmaciens dans son réseau. Pour cela, une employée va dans les pharmacies pour rencontrer un par un chaque titulaire et discuter avec eux des toxicomanes qu'ils rencontrent et de leurs attentes de RESAPSAD. Ceci permet non seulement d'impliquer plus les pharmacies mais aussi d'avoir un espace géographique élargi pour donner plus de choix aux usagers pour choisir la pharmacie où ils iront s'approvisionner leur TSO. Les pharmaciens rencontrés par cet employée de RESAPSAD sont assez réceptifs et sont nombreux à dire que le manque de formation dans le domaine rend difficile la prise en charge de ces patients. C'est pour cela que RESAPSAD et Bizia proposent des formations le soir pour faciliter le relai entre les associations et les pharmaciens et ainsi permettre un accompagnement plus adapté. Jusqu'à fin 2012, ces formations étaient financées par l'état, suite à des coupes budgétaires le nombre de fonds obtenus par RESAPSAD et Bizia a diminué ce qui ne leur permet plus de proposer ces formations gratuitement et les font payer aux adhérents du réseau.

4.2 LES ETAPES IMPORTANTES CHEZ LE PHARMACIEN [88]

4.2.1 Initialisation du traitement

Dans l'accueil du patient, le premier contact est primordial. Il est important qu'un contact médecin-pharmacien ait eu lieu avant l'arrivée du patient à l'officine. Ce contact pourra se faire par téléphone, sur l'initiative du médecin. Le patient aura indiqué préalablement le nom du pharmacien chez qui il souhaite avoir la délivrance de son traitement. En l'absence de ce choix le médecin peut lui en indiquer un près de chez lui en fonction des contacts qu'il a. Lors de ce contact téléphonique, les modalités de prise de traitement, avec une prise éventuelle du traitement en présence du pharmacien, doivent être définies dès le début avec l'accord des intéressés, ceci ne devant plus être négocié à l'officine entre le patient et le pharmacien. Le patient doit ensuite être attendu à la pharmacie. Lors de son arrivée à l'officine, plusieurs messages doivent être précisés à nouveau par le pharmacien. Les objectifs du traitement doivent être clairs dès le départ. Il faut lui préciser qu'il doit attendre les premiers signes de manque pour initier le traitement, débuter la posologie à 4mg/j puis augmenter de 2 à 4 mg tous les un ou deux jours selon les signes de manque.

4.2.2 Suivi du traitement

Le TSO se délivre pour 7 jours sauf mention spéciale du médecin. Le pharmacien se doit d'être rigoureux dans les dates notamment dans le chevauchement des ordonnances. Il faut habituer le patient à venir selon un calendrier bien particulier et lui expliquer qu'il est très important qu'il s'y tienne.

La difficulté existe pour les patients qui ont du mal à suivre le sevrage et qui du coup se retrouveront en manque de TSO. Si cela arrive il faut toujours contacter le médecin pour voir avec lui quelle attitude adopter.

Entre deux rendez-vous chez le médecin le pharmacien est le seul contact qu'ont les toxicomanes avec un professionnel de santé. La relation de confiance est donc fondamentale pour une réussite du sevrage, il faut essayer d'instaurer le dialogue et savoir comment se passe le traitement, quels sont les moments les plus difficiles, s'il lui est arrivé de replonger… En général ce sont des patients qui ont besoin de parler mais qui ne sont pas à l'aise avec le reste de la patientèle à l'officine. Lorsqu'un patient sous TSO vient à l'officine il faut le prendre en charge dans un comptoir un peu à part si c'est possible et prendre un petit moment pour faire un entretien avec lui. Ce sont des personnes en grandes difficultés psychologiques et sociales au comportement imprévisible. Il y a parfois des situations complexes à gérer, il faut faire au mieux pour les conseiller tout en ayant conscience des trafics auxquels certains s'adonnent. La création du dossier pharmaceutique a permis de palier au fait que certains arrivaient à avoir plusieurs ordonnances et se faisaient dispenser leur TSO dans plusieurs pharmacies et ainsi pouvaient revendre ceux-ci facilement dans la

rue. La prise en charge et la relation de confiance s'instaureront plus facilement si c'est toujours la même personne qui reçoit l'usager car celui-ci le connaitra et sentira plus à l'aise.

4.3 LE BESOIN DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXICOMANIE [88]

Le pharmacien d'officine a à sa disposition des outils thérapeutiques et un cadre légal lui permettant de trouver sa place dans le système sanitaire et social. Il devient ainsi un acteur actif dans la délivrance des traitements de substitution aux usagers de drogues en démarche de soins ou non. Ces pratiques sont positives et valorisantes car elles permettent d'optimiser les relations entre tous les acteurs de soins aux toxicomanes.

Le diplôme de pharmacien donne une connaissance théorique de la toxicomanie mais accueillir les personnes qui en souffrent est quelque chose à laquelle les études ne préparent pas. En effet de nombreux pharmaciens disent ne pas se sentir aptes à délivrer des TSO avec la prise en charge qui va avec.

Le pharmacien a également un rôle capital dans la prévention des risques car il est confronté à des clients qu'il sait toxicomanes avec des demandes de produits codéinés, de produits de substitution, d'antiviraux, de seringues… La relation avec l'usager de drogue n'est pas toujours facile et elle complique parfois la gestion de l'espace pharmacie et sa fréquentation.

L'augmentation de la distribution de matériel stérile dans les différents dispositifs publics et associatifs montre une réelle demande et à côté de ça, le nombre de vente de stéribox en Pharmacie n'évolue pas. De nombreuses enquêtes ont montré que beaucoup de pharmacies se refusent à la vente de matériel stérile alors que le pharmacien a un vrai rôle à jouer auprès des usagers de drogues.

De plus, les réseaux manquent de pharmacies coopératives pour mettre en place plus d'actions au quotidien et pour étendre leur travail sur une zone géographique plus large. Ces mêmes réseaux proposent aux pharmaciens de les fournir en matériel stérile d'injection, ce dispositif a été mis en place par l'association SAFE dans certaines pharmacies comme par exemple dans le nord est dans le Pays de Gex qui se trouve en zone frontalière avec la Suisse et est composé de 29 communes. Le but est que les usagers viennent chercher le matériel nécessaire à leur consommation et le ramène une fois qu'il est usagé, les pharmaciens ainsi que les équipes officinales ont été formées pour permettre une prise en charge optimum.

En effet si le pharmacien a un rôle dans la distribution ou la vente de matériel d'injection il en a également un dans l'information de l'élimination des déchets dangereux et des seringues usagées (DASRI). Les containers jaunes mis à disposition des diabétiques ainsi que les points de récolte de ces derniers peuvent servir aux toxicomanes. Le pharmacien sait informer les patients diabétiques qu'il prend en charge, il est donc normal que lors de la vente de matériel d'injection il renseigne l'usager et lui donne les informations nécessaires sur les modalités de collecte.

5 LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCERAL [89], [90]

La population pénale apparaît comme largement touchée par les conduites addictives

Dans la mesure où les toxicomanes incarcérés sont souvent des personnes marginalisées, l'administration pénitentiaire, qui est investie d'une mission de garde et de réinsertion, a un rôle fondamental à jouer en association avec le ministère de la santé.

En France, l'inégalité d'accès aux soins des usagers de drogues en prison, par rapport au milieu libre, s'explique par différents facteurs, d'abord liés aux conditions de fonctionnement du système carcéral et aux pratiques d'organisation des soins en prison.

5.1 LE MILIEU CARCERAL EN FRANCE [92]

Pour informations, on trouve en France :

- 101 maisons d'arrêt qui n'accueillent normalement que des personnes ayant écopé de peines inférieures à un an. Aujourd'hui de nombreux détenus se retrouvent là plus d'un an en attente de place autre part
- 40 centres pénitentiaires
- 25 centres de détention
- 6 maisons centrales pour longues peines
- 11 centres de semi-liberté pour les aménagements de peines

Au niveau de la prise en charge des mineurs :

- 46 centres d'éducation renforcée
- 6 centres éducatifs fermés

Au premier octobre 2011 il y avait 56 556 places en France dans tous les centres confondus, il y avait 63 602 détenus soit une surpopulation entre 120 et 200% en moyenne sur 83 établissements.

Les infractions liées à la législation des stupéfiants (trafics, usages et délits associés) concernent pour :

- Les peines inférieures ou égales à un an, 83% des infractions
- Les longues peines : 500 à 600 détenus avec une moyenne de durée de peines de 43 ans

25% des personnes détenues en prison présentent des troubles psychiatriques. Le nombre d'agressions entre détenus et envers les personnels pénitenciers est en augmentation.

Les personnes incarcérées ont droit aux soins y compris en amont de l'incarcération notamment en garde à vue, le respect de l'éthique, le droit au maintien des liens familiaux et le droit à l'accès aux soins (l'emploi, le logement, la couverture des droits, la réinsertion).

On remarque une insuffisance de personnel, des conditions carcérales qui ne s'améliorent pas malgré de nombreuses réformes. D'ici à 2017 il a été annoncé la création de nouveaux centres, la suppression de centres car trop vieux et ainsi créer 30 000 places. Une place de prison coûte environ 100 000€ à construire ce qui montre que les objectifs à atteindre seront difficiles pour le gouvernement.

5.2 ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU CARCERAL [91]

L'organisation des soins en prison est régie par la loi du 18 janvier 1994 qui a transféré les compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier. En séparant les fonctions de soin et de surveillance, la loi 1994 a permis l'entrée de l'hôpital dans les prisons françaises grâce à la mise en place d'un système de conventions entre les hôpitaux et les prisons. Aujourd'hui, chaque établissement pénitentiaire est lié à un établissement hospitalier responsable de la prise en charge sanitaire des détenus. Cette réforme représente une véritable rupture avec la situation d'avant 1994 et a permis de structurer la filière de soins en milieu carcéral, en organisant de façon séparée les soins somatiques et les soins en santé mentale.

Le but premier de la loi du 18 janvier 1994 était d'appliquer l'égalité de l'accès aux soins qui résulte de la mise en relation de deux principes de valeur constitutionnelle : le droit à la santé et le principe d'égalité, fondement de tous les droits. Ce principe d'égalité impose l'application d'un traitement identique à des personnes se trouvant dans une situation semblable.

La mise en place des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) chargées des soins somatiques aux détenus, a constitué le premier volet de la réforme 1994. Aménagées au sein de chaque prison, ces unités sont des services hospitaliers, placés sous la responsabilité d'un chef de service, chargés d'assurer pour les personnes incarcérées les examens de diagnostic et les soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Ils sont aussi chargés de mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements de plus de 1 000 détenus. On dénombre aujourd'hui 178 UCSA, soit un UCSA par établissement pénitentiaire, à l'exception des centres de semi-liberté.

Au niveau de la gestion interne de la pharmacie, un pharmacien peut organiser et gérer une pharmacie à usage interieur. Dans les autres établissements c'est la pharmacie de l'hôpital qui sera utilisée.

Le deuxième volet de la réforme prévoit un schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. Celui-ci a créé des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) dans huit pôles, afin de faciliter l'hospitalisation des détenus. Dotées de compétences médico-chirurgicales, les 7 UHSI ouvertes depuis 2004 sont implantées dans les centres hospitalo-universitaires.

Pour les soins en santé mentale, les détenus sont pris en charge par le service médico-psychologique (SMPR), avec, dans quelques-uns d'entre eux, une possibilité d'hospitalisation de jour. Créés en 1985 les 26 SMPR (un par région administrative) sont des services rattachés à un établissement public de santé lié par convention à l'établissement pénitentiaire et qui y sont installés. Ils assurent les soins psychiatriques courants des personnes détenues. En plus de leurs missions de psychiatrie générale, ils sont responsables de la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Les SMPR comme les UCSA sont également chargés de dépister les pathologies mentales, d'œuvrer à la prévention des suicides, de dispenser aux détenus des soins de qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale, de favoriser l'accès aux soins pour certains détenus qui ont habituellement, en milieu libre, peu ou pas recours au dispositif de soins psychiatriques et aussi d'organiser la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Pour prendre en charge spécifiquement les problématiques liées à la toxicomanie, 16 établissements pénitentiaires sont dotés, depuis 1987, de centres de soins spécialisés aux toxicomanes intra-muros qui complètent le dispositif de soins psychiatriques et qui dépendent des SMPR. Implantés dans les grandes maisons d'arrêt, ils couvrent seulement un quart de la population incarcérée et sont assurés par les CSAPA. Ces derniers ont pour mission le repérage des personnes détenues toxicomanes, le recueil épidémiologique, leur suivi et leur préparation à la sortie.

Enfin depuis 2010, des unités spécialement aménagées (UHSA) ont été mises en place. Implantées en milieu hospitalier, elles doivent permettre les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) des détenus atteints de troubles mentaux, lorsqu'il s'avère impossible de les maintenir dans une structure pénitentiaire classique.

Cette architecture institutionnelle doit permettre de satisfaire aux obligations posées par la loi. Ainsi, toute personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin dans les délais les plus brefs. Cette visite médicale d'entrée obligatoire doit être l'occasion pour le détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement.

Face à la diversité d'interprétation des textes en vigueur, le sevrage pouvant par exemple être entendu comme unique modalité de traitement envisageable, un certain nombre de textes sont venus préciser l'organisation des soins spécifiquement dédiés aux toxicomanes en milieu carcéral. Les circulaires du 5 décembre 1996 et du 30 janvier 2002 spécifient l'organisation de la délivrance de TSO. Elles indiquent que les TSO peuvent être initiés et poursuivis en prison. Cela a d'abord été le cas de la buprénorphine haut dosage (BHD), qui peut être prescrite par tout médecin exerçant en milieu carcéral depuis le 5 décembre 1996 puis de la méthadone, qui peut être prescrite dans les mêmes conditions depuis le 30 janvier 2002.

5.3 PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES DEPENDANCES

Les UCSA et les SMPR, responsables du respect des règles d'hygiène et de la mise en œuvre des actions de prévention, d'éducation à la santé et de prophylaxie (mise à disposition de traitements post-exposition auprès du personnel et des détenus), sont également chargés de rendre accessibles en prison les outils de prévention et de réduction des risques. Tous les établissements sont tenus de proposer à l'entrée un traitement de substitution aux usagers de drogues dépendants aux opiacés : la prescription de médicaments de substitution, théoriquement possible dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement aux TSO est cependant mise en œuvre de façon disparate selon les établissements. En pratique, l'accès aux traitements de substitution dépend, le plus souvent, des médecins des UCSA.

L'entretien avec le médecin, lors de la visite médicale d'entrée, est obligatoire et permet une évaluation de l'état de santé et des besoins du détenu usager de drogue ou alcoolo-dépendant. Le médecin prend alors la décision qu'il juge appropriée : sevrage, poursuite ou initiation d'un traitement de substitution, orientation vers des spécialistes, cure de désintoxication… Il peut ainsi orienter les détenus vers les intervenants de psychiatrie. Les 16 SMPR dotés d'un CSAPA lui délèguent la prise en charge des addictions en collaboration avec l'UCSA. Les SMPR dépourvus de CSAPA ont pour mission de favoriser la prise en charge médico-psychologique des détenus toxicomanes et leur suivi socio-éducatif, en collaboration avec l'équipe d'insertion et de probation. Cependant, comme le notait le rapport Pradier (Pradier 1999) la multiplicité des acteurs de lutte contre la toxicomanie peut parfois être contre-productive du point de vue de l'accès aux soins, si l'articulation entre les soins n'est pas garantie : UCSA, SMPR, CSAPA, associations…

C'est pour cette raison que depuis 2010 l'organisation de la prise en charge des addictions en détention vise à clarifier les rôles des différents intervenants au niveau local en précisant les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions en détention, le pilotage et la coordination des soins en addictologie sont confiés à l'UCSA, pouvant néanmoins l'être également par convention à une personne prodiguant les soins psychiatriques dans l'établissement ou au SMPR quand il existe.

L'instruction du 17 novembre 2010 détaille les principaux temps de la prise en charge :

- Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction est assuré par l'UCSA
- La définition d'un projet de soins adaptés se fait avec le médecin addictologue intervenant dans l'établissement ou au professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'UCSA ou au CSAPA référent
- La préparation à la sortie est assurée par le CSAPA de référence

5.4 LA RUPTURE DU PRINCIPE D'EGALITE

L'incarcération place nécessairement les détenus dans une situation différente, dans la mesure où il s'agit d'une situation qui leur est imposée. Les détenus toxicomanes appartiennent à une catégorie de patients au même titre que n'importe quel citoyen. Par ailleurs, ces patients appartiennent également à la case détenus. En ce sens ils doivent bénéficier d'une égalité de traitement quel que soit le lieu de leur incarcération.

Or, il s'avère que les inégalités entre les différents établissements perdurent.

L'accès aux traitements de substitution reste largement insuffisant, constituant ainsi une rupture du principe d'égal accès aux soins pour tous. Ceci est en partie expliqué par le refus idéologique de certains médecins qui s'opposent pour des raisons éthiques à la prescription de produits de substitution en milieu carcéral. De plus, les autorités pénitentiaires, qui redoutent un trafic, interviennent dans le champ de compétence des services médicaux en exigeant parfois une distribution quotidienne, avec prise devant le personnel infirmier, ce qui va à l'encontre d'une relation de confiance entre soignant et soigné.

5.5 LA REALITE EN PRISON : CONSOMMATIONS ET CONTAMINATIONS [94]

5.5.1 Etat des lieux des pratiques de consommation

La consommation de drogues existe dans toutes les prisons. Malgré les règles et le contrôle renforcé pour en interdire l'entrée, les détenus arrivent à s'en procurer. La pratique de l'injection y est présente, car l'incarcération n'implique pas mécaniquement l'arrêt de la consommation de drogues.

D'après l'enquête PREVENAR « Volet offre de soins. VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral » menée par l'InVS en 2011 auprès de 145 UCSA, 18% des équipes déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans leurs établissements au cours de 12 derniers mois précédant l'étude et 29% dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues.

Une étude réalisée dans 4 établissements du sud de la France auprès de 1242 détenus ayant acceptés de répondre à un questionnaire anonyme, montre que 43% des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant l'incarcération continuent la pratique de l'injection en prison, 21% de ceux-là partagent leurs matériels et 7% déclarent s'être initié en prison. Le suivi de ces usagers incarcérés montre que, parmi les personnes qui s'étaient déjà injecté de l'héroïne ou de la cocaïne avant d'être incarcérées, la probabilité de s'en injecter en prison augmente avec la durée d'emprisonnement. Cette réalité n'est pas liée à la présence ou non de seringue au sein des établissements pénitentiaires mais aux conditions d'incarcération et surtout à la durée de celle-ci.

La clandestinité dans laquelle se déroulent la consommation et la réutilisation augmente les risques d'overdose. Les injections se font dans l'angoisse d'être vu. Les usagers ne sachant pas dans combien de temps ils pourront consommer à nouveau, s'injectent des quantités importantes de drogues.

Un autre problème subsiste, la mise à disposition de matériel stérile est interdite en milieu carcéral ce qui implique un risque de contamination. La question de la mise à disposition de matériel stérile reste extrêmement controversée car il serait assez paradoxal de mettre à disposition des seringues pour permettre une consommation de drogues alors même qu'elle est interdite. De plus la mise à disposition de seringues reviendrait à donner des objets dangereux susceptibles de servir à une agression. Du fait de la grande difficulté à se procurer des seringues, de nombreux toxicomanes utilise la voie nasale pour l'administration du produit. La seule chose mise aujourd'hui à disposition est de l'eau de javel, or, nous savons que celle-ci n'est pas efficace contre les infections transmissibles par voie intraveineuse. En effet, en France, de nombreux rapports soulignent les défaillances qui caractérisent les mesures de prévention des risques de transmission virale par voie sanguine chez les usagers de drogues.

5.5.2 La distribution d'eau de Javel

Depuis 1993, l'eau de javel est distribuée dans les prisons à des fins d'hygiène et de désinfection du matériel de consommation. Depuis 2010, la distribution est assurée nationalement et garantit une constance dans la qualité, le rythme de distribution et le degré chlorométrique. Si l 'eau de javel a montré son efficacité sur le VIH quand les conditions de nettoyage sont respectées, l'efficacité sur le VHC en milieu ouvert est mise en doute tellement un nettoyage optimum est difficilement atteignable. Dans tous les cas, les usagers de drogues ne connaissent pas ou n'appliquent pas la méthode adéquate de désinfection des seringues à l'eau de Javel. Les conditions d'incarcération : promiscuité, violence, interdit de l'usage entraînent une hâte dans le nettoyage du matériel quand celui-ci est fait ne permettant pas une bonne utilisation de l'eau de javel. De plus, certains détenus peuvent être réticents à faire quoi que se soit qui pourrait accroître les risques qu'un surveillant découvre qu'ils s'injectent.

D'après l'étude PRI2DE réalisée en 2004 par l'InVS-ANRS « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », 22% des responsables d'unités médicales estiment que l'information fournie aux détenus quant à l'utilisation de l'eau de javel pour la stérilisation du matériel d'injection est accessible et intelligible. Par ailleurs, seulement 36% des établissements avaient connaissance d'une distribution d'eau de Javel aux détenus conforme aux préconisations (tous les 15 jours par l'administration pénitentiaire) mais 28% ne répondent pas ou disent ne pas savoir.

En outre, l'eau de Javel ne permet pas une réduction des abcès et autres pathologies associées à l'injection de bactéries qui vont provoquer des infections.

5.5.3 La distribution de matériel stérile

La distribution des seringues en prison a été initiée en Suisse dès 1992 et expérimentée dans 12 pays occidentaux en 2007. Elle est généralisée dans certains pays tels que l'Espagne. Elle est au jour d'aujourd'hui interdite en France.

La distribution de seringues en prison n'est pas du laxisme ni une banalisation de la consommation et du trafic de drogues en milieu carcéral. L'évaluation des expériences réalisées ont conduit à une série de résultats positifs tels que :

- La disparition des pratiques de partage de matériel
- La réduction des dommages infectieux
- L'accroissement des demandes d'entrée dans des programmes de traitement de substitution aux opiacés

De plus les effets négatifs redoutés ne sont pas apparus. En effet il n'y a pas eu d'accroissement de la pratique d'usage de drogues ni d'impact sur la quantité de drogues saisies en prison ni de développement de la pratique d'injection. Il n'y a eu aucune agression avec seringue utilisée comme arme contre le personnel ou entre détenus.

5.6 UNE INCOHERENCE ENTRE LA LOI ET LA REALITE

5.6.1 Le droit international

La non mise à disposition de matériel stérile dans les prisons est aberrante vis-à-vis de nombreuses lois mais aussi vis-à-vis de la déclaration Universelle des Droits de l'Homme proclamée comme une idéal par tous les peuples et toutes les nations et qui affirme dans l'article 25 que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires ». Cet article proclame l'égalité dans l'accès aux soins entre tous les individus qu'ils soient emprisonnés ou non.

Le premier principe des Directives de l'OMS souligne que tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalents à ceux mis à la disposition de la communauté sans discrimination en ce qui concerne leur statut juridique ». Le deuxième de ces principes atteste que « les principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le sida dans la population devraient s'appliquer également aux détenus ». La quatrième des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne soutient expressément que les autorités carcérales doivent fournir aux détenus les moyens nécessaires pour prévenir le VIH, y compris du matériel d'injection stérile.

Le neuvième des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus affirme que les détenus doivent avoir accès aux services de santé existant dans le Pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique.

Les codes de déontologie internationaux qui régissent la pratique des médecins et autres professionnels de la santé qui travaillent en prison appuient également la position selon laquelle des mesures complètes de prévention du VIH et du VHC, y compris l'échange de seringues, doivent être mises à la disposition des populations incarcérées. Le serment d'Athènes des professionnels de la santé carcérale, adopté en 1979 par l'International Council of Prison Medical Services, « reconnaît le droit des individus incarcérés de recevoir les meilleurs soins médicaux possibles » et il incite à ce que « les jugements médicaux soient fondés sur les besoins des patients et aient préséance sur toute question non médicale ».

5.6.2 Le droit européen

Les chartes et conventions européennes ont intégré ces principes.

L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, ratifiée par la France en 2000 stipule que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par la législation et pratique nationales ».

L'article 1 de la Convention Européenne révisée de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales affirme l'interdiction générale de la discrimination dans l'accès aux droits et à la santé.

L'article 11 de la Charte sociale européenne de 1961 garantit le droit à la protection de la santé pour tous les individus. Les articles 2 et 3 de la Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine de 1997 énoncent la primauté de l'être humain sur toute autre préoccupation et l'accès équitable aux soins de santé entre tous les individus.

Depuis 1993, les recommandations du comité des Ministres insistent sur la nécessité de développer des stratégies de prévention adaptées à la prison et notamment sur la nécessité d'avoir recours à du matériel à usage unique pour l'injection.

La règle 40.3 des Règles pénitentiaires européennes soutient que les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique.

5.6.3 Le droit français

Comme dit précédemment, la loi du 18 janvier 1994 affirme l'égalité des soins entre le milieu ouvert et milieu fermé. Ce principe d'égalité est également rappelé dans la loi du 24 novembre 2009 dite Loi pénitentiaire, « la qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont

bénéficie l'ensemble de la population. Le libre accès au matériel stérile via les CAARUD, les automates… existant en milieu libre montre une incohérence de plus sur le principe d'égalité.

Le conseil national SIDA rappelle que l'accès à du matériel stérile d'injection devrait être garanti aux usagers de drogues injecteurs quelle que soit leur situation pénale, car les standards nationaux de la réduction des risques définis par le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 et notamment le chapitre III sur la distribution du matériel de prévention s'appliquent à l'ensemble de la population, y compris à la population incarcérée.

Si la loi condamne l'usage de produits stupéfiants en milieu libre et la réglementation interdit les produits stupéfiants au sein des établissements pénitentiaires, les textes n'interdisent pas la distribution de matériel de prévention et la réglementation garantit la mise en œuvre la plus complète de la réduction des risques.

Le statut illégal de la consommation au sein de la prison n'encourage pas les détenus à aller à la rencontre d'un professionnel de soin. L'injection de drogues est reconnue comme une réalité par toutes les parties intéressées.

5.7 LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCERAL EN PAYS BASQUE [93]

Dans le cadre d'une convention annuelle de prestations signée en avril 2001 et régulièrement renouvelée depuis entre le Département des Pyrénées Atlantiques, les autorités judiciaires locales, la Maison d'Arrêt de Bayonne (MAB) et le CSAPA BIZIA, un médecin de BIZIA intervient à la MAB pour l'accès aux soins et la réduction des risques liés à la toxicomanie.

La MAB est ancienne (fin du 19è siècle), elle comporte 72 places et héberge régulièrement jusqu'à 150 détenus. Courant 2009, l'ouverture du Centre Pénitentiaire de Mont-de-Marsan a désengorgé de manière sensible la MAB.

En moyenne, environ 450 entrées sont recensées par an, les durées des séjours moyens sont courtes, de l'ordre de quelques mois.

L'UCSA de la MAB est un service hospitalier rattaché au Pôle Réanimation-Médecine d'urgence du CHCB. Le médecin responsable est réanimateur. Deux médecins généralistes y réalisent 3 vacations par semaine et 3 infirmières y sont affectées aux heures ouvrables. Deux psychiatres assurent 3 vacations hebdomadaires, avec l'équipe infirmière et 2 psychologues.

Le contenu de la prise en charge est le suivant :

- Consultations médicales spécialisées auprès de patients présentant des conduites addictives, incarcérés à la MAB
- Une vacation médicale toutes les 2 semaines le mardi après-midi, de 14h30 à 18h, dans la salle de consultation de l'UCSA

- Entretiens individualisés et confidentiels avec les patients détenus, libres de leurs mouvements

Un surveillant est affecté à l'accompagnement des patients depuis leurs cellules au cabinet de consultation et retour

La sélection des patients que va voir le médecin de Bizia se fait :

- par le personnel de l'UCSA (médecins généralistes, psychiatre, infirmiers). Une liste de patients est ainsi préétablie et le motif de la consultation est discuté avec les infirmiers qui assurent les transmissions orales, mettent à disposition les dossiers et les ordonnances, les derniers courriers…
- Sur demande des patients
- Les patients peuvent être déjà suivis avant l'incarcération par le CSAPA Bizia

La liste des personnes incarcérées est systématiquement examinée ce qui permet de repérer d'autres patients qui peuvent ainsi être invités à consulter.

Les objectifs de ces consultations médicales sont :

- De participer à l'amélioration des conditions de détention par le biais de la prise en charge des conduites addictives (éviter les états de manque, limiter les décompensations psychiatriques dont le risque suicidaire, instaurer des traitements adaptés, limiter les risques de conflits entre détenus et/ou avec le personnel pénitentiaire et/ou le personnel soignant)
- Participer à la définition du projet de sortie par la prise en charge des conduites addictives et en particulier par le biais des traitements de substitution (suivi médical et addictologique, hébergement/accueil à la sortie, réinsertion sociale…) et ainsi réduire les risques de réincarcération par une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée

Le contenu des consultations est celui des consultations d'addictologie en général, avec évaluation des consommations de produits (produits à problème à l'entrée, usages, abus, dépendances), traitements et suivis en cours, antécédents médicaux-chirurgicaux et psychiatriques, antécédents de prise en charge addictologique, situation sociale avant l'incarcération, antécédents d'incarcération, motivation du patient pour l'élaboration d'un projet, instauration et gestion des traitements par méthadone, buprénorphine et autres psychotropes…

Les consultations concernent essentiellement les patients sous traitement de substitution par buprénorphine et méthadone. On compte en moyenne entre 10 et 20 détenus sous TSO à la MAB. Tous les patients sont vus au moins une fois et pour la plupart à chaque passage du médecin de BIZIA (une fois tous les 15 jours en moyenne).

Des évaluations de consommateurs d'autres produits illicites sont réalisées. Les patients alcoolodépendants suivent un programme de sevrage avec ou sans médication et des

sevrages tabagiques ou réductions des consommations de tabac sont menés chez les patients demandeurs.

Les modalités de prescription et de délivrance des traitements de substitution aux opiacés ont été réglementées, et assorties d'un « Contrat de soin », signé par les patients, mis en place en 2008 ; un protocole de prise en charge des sevrages d'alcool est disponible et régulièrement appliqué aux entrants, sous supervision médicale.

Tous les médicaments sont gérés et distribués par le CHCB.

Une recherche de VHC et de VIH est faite automatiquement avec des bilans complémentaires si nécessaire et éventuellement l'orientation vers une consultation spécialisée. De plus un examen toxicologique urinaire par bandelettes est systématiquement réalisé à l'entrée à la MAB et sur demande ultérieurement.

Suite à l'entretien avec le médecin de BIZIA, un compte rendu est envoyé à l'UCSA et, avec accord du patient, aux professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge.

En 2012 il y a eu 24 vacations par le médecin du CSAPA BIZIA, 63 patients suivis avec un total de 222 consultations. 10 de ces patients étaient déjà suivis en 2011 et 22 étaient déjà connus par le médecin avant l'incarcération (à l'hôpital et/ou à BIZIA ou lors de précédentes incarcérations). L'âge moyen est de 36 ans et 64% ont des antécédents d'incarcération.

100% des patients suivis sont polyconsommateurs à l'entrée (sans compter le tabac) et 34% sont sous TSO.

Les détenus se procurent des TSO par des patients en semi-liberté ce qui rend difficile le suivi.

Depuis le mois de décembre 2012, Bizia a débuté la mise en place de l'intervention d'un éducateur spécialisé dans le but de venir compléter la consultation médicale à la maison d'arrêt de Bayonne. Celui-ci intervient une à deux fois par semaine (selon le nombre de personnes à voir).

Son rôle est d'assurer la coordination du projet de soin médical et social de l'intérieur de la MAB vers le milieu ordinaire pour le public incarcéré, souffrant de problématique addictive. Ainsi lors d'entretiens, il établit avec le patient/détenu un diagnostique social, mais aussi un projet de soin.

A la suite de ces entretiens, il contacte dans le cadre d'un travail partenarial, les différentes structures du soin (CSAPA concerné par la PEC), du logement (BAL, logements thérapeutiques, hôtel social, maison relais…), du travail (pôle emploi, structures de réinsertion sociale par l'emploi.), de façon à fluidifier l'articulation et la mise en place du projet du patient à sa sortie de détention.

L'organisation de la prise en charge par l'éducateur sera la suivante :

- Entretien avec des patients présentant des conduites addictives, incarcérés à la Maison d'Arrêt de Bayonne.
- Les entretiens se déroulent au parloir des avocats.
- Les patients sont prévenus par l'intermédiaire d'un surveillant, puis se rendent ensuite librement à l'entretien.
- L'éducateur spécialisé se rend à la MAB une fois par semaine le vendredi de 9h à 12h. Il peut s'y rendre une deuxième fois selon les demandes.
- Les entretiens sont individualisés et confidentiels avec les patients détenus, libres de leurs mouvements.
- La technique utilisée lors de ces entretiens est la technique de l'entretien motivationnel.

Pour conclure sur la prise en charge des détenus de la MAB, on note une nette augmentation de l'activité en 2012, revenue quasiment à celle de 2008.

L'alcool reste le principal produit à problème parmi les patients pris en charge à la MAB pour conduites addictives, y compris pour ceux sous TSO.

Parallèlement les problèmes liés au mésusage de la buprénorphine (injections) sont devenus rares chez les entrants. Il semble que durant l'incarcération, les préoccupations liées aux détournements du produit sont en nette régression.

Le travail de coordination au sein de l'UCSA, avec BIZIA, les services du CHCB et les autres intervenants extérieurs est important. La proposition d'un projet de sortie et d'alternative à l'incarcération est difficile du fait des caractéristiques pénales des détenus (prévenus, courtes durées d'incarcération, transferts à d'autres établissements).

Une vacation médicale hebdomadaire a été mise en place début 2013 afin d'organiser la prise en charge des alcoolodépendants, dans le cadre de nouveaux moyens hospitaliers.

L'aide au sevrage tabagique est structuré en collaboration avec une infirmière de l'UCSA formée en tabacologie.

Pour finir, on remarque un travail important réalisé par le CSAPA BIZIA mais un manque de moyens qui limite son action. La mise en place d'une politique prohibitionniste conduit à incarcérer un grand nombre de personnes dont le mode de vie est en relation directe avec la drogue. Il en résulte une consommation et un trafic de drogue en détention, les personnels pénitentiaires ne disposant pas des moyens nécessaires pour empêcher l'entrée de la drogue en prison. En conséquence, l'action de lutte contre la toxicomanie doit passer par la lutte contre la demande de drogues par le biais d'une prise en charge globale des toxicomanes incarcérés.

CONCLUSION :

L'addiction présente de multiples caractéristiques et doit être prise en charge sur les plans médical, social et psychologique, ce qui implique de nombreux intervenants lors du sevrage. Si les traitements de substitution aux opiacés ont fait leur place ces dernières années dans le traitement de l'addiction à l'héroïne, il reste encore beaucoup de recherche à faire pour le sevrage au cannabis, aux amphétamines et à la cocaïne.

Le pharmacien doit pleinement jouer son rôle de spécialiste du médicament en développant une relation de confiance et un dialogue avec ses patients sous substitution mais également un rôle de prévention auprès des usagers notamment en agissant sur le matériel de consommation. Il a une place centrale entre les différentes professions intervenantes et doit assurer la transmission des informations entre toutes.

L'adhésion des pharmacies aux différents réseaux de prise en charge des addictions est fondamentale. A l'heure où le travail du pharmacien est de plus en plus controversé, il a dans la toxicomanie un vrai rôle de santé publique à jouer et une place à prendre. Les réseaux sont à la recherche d'interlocuteurs pour les toxicomanes qu'ils reçoivent et le pharmacien pourrait bien être cet intermédiaire, ce qui permettrait de faciliter la prise en charge surtout dans les milieux ruraux. Le problème résulte en partie dans le manque de formation durant les études du pharmacien dans la prise en charge de cette population et peu ont vraiment envie de s'investir dans cette prise en charge car elle implique de recevoir des personnes généralement marginalisées et donc souvent mal vu par le reste de la patientèle de l'officine.

Notre territoire a la chance de disposer d'un maillage de structure et de praticiens développé mais la coordination et la communication sont nos points faibles. Des outils doivent donc être mis en place et ils passent par les réseaux de prise en charge des toxicomanies déjà existants. La pluridisciplinarité est une base essentielle de l'amélioration de la qualité des soins, et même obligatoire pour une prise en charge humaniste.

Le manque d'implication des derniers gouvernements dans la prise en charge de la consommation de drogues illicites freine beaucoup le travail en cours. La non ouverture des salles de consommation à faible risque montre un retard de plus en plus important par rapport à d'autres pays. La diminution des moyens alloués aux réseaux et structures s'occupant de l'accueil de toxicomanes en est également la preuve.

La prise en charge des dépendances aux drogues illicites est complexe du fait de l'illégalité dans laquelle se trouvent les consommateurs. Du coup, sevrage rime souvent avec prise en charge juridique et qui aboutit souvent à une incarcération.

Les conditions carcérales en France montrent un autre point faible de ce pays, ce qui donne une prise en charge et une prévention des risques déplorables. Le fait même de ne pas délivrer de matériel pour permettre une utilisation sans risque des drogues montre une

incohérence dans l'égalité des soins en milieu ouvert et en milieu fermé qui est inscrite dans la loi du 18 janvier 1994. En plus de cela, le sevrage à une addiction dans les prisons est très difficile du fait du manque de moyens et de la complexité de l'organisation de l'accès aux soins dans le milieu carcéral français.

En Aquitaine, RESAPSAD ainsi que Bizia font un travail remarquable sur l'accueil des toxicomanes mais aussi en milieu carcéral. Le nombre de patients pris en charge augmente au fil des années et les résultats obtenus sont encourageants. En 2014, ils espèrent pouvoir rencontrer un maximum de Pharmacien dans le Pays Basque nord et ainsi permettre une collaboration plus étendue sur le territoire et un réseau plus vaste.

Les élections municipales de mars 2014 ont fait repousser l'ouverture des SCMR mais les différentes structures, associations et personnes travaillant autour de ce projet ont bon espoir sur l'avenir de ces lieux car tout est prêt pour leur ouverture.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des différentes présentations de cannabis 59
Tableau 2: Molécules utilisés dans les phases de sevrage 69
Tableau 3: Code couleur du Subutex et de la Buprénorphine en fonction de leur dosage 73
Tableau 4: Code couleur de la méthadone sous forme de gélule en fonction de son dosage 76
Tableau 5: Code couleur de la méthadone sous forme de sirop en fonction de son dosage 76
Tableau 6: Code couleur du Suboxone en fonction de son dosage 80

INDEX DES FIGURES

Figure 1: Evolution des consommations régulières de cannabis entre 2005 et 2010 en fonction de l'âge 28
Figure 2: Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année suivant le sexe et l'âge 28
Figure 3: Législation sur le cannabis en Europe en 2011 29
Figure 4: Cycle de Di Clemente Porchaska 48
Figure 5: Mode d'action du vaccin anti-cocaïne 70
Figure 6: Stratégie thérapeutique de l'héroïne (Vidalrecos, 2012, 4ème édition) 82
Figure 7: Répartition des ETP moyens dans les CSST d'Aquitaine (2007) 87
Figure 8: Filière addictologie en Aquitaine (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 94
Figure 9: Prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2007 95
Figure 10: Implantation des services d'addictologie en Dordogne (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 96
Figure 11: Implantation des services d'addictologie en Gironde (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 97
Figure 12: Implantation des services d'addictologie dans les Landes (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 98
Figure 13: Implantation des services d'addictologie en Lot et Garonne (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 99
Figure 14: Implantation des services d'addictologie dans les Pyrénées Atlantiques (Cartographie DRASS Aquitaine et fonds IGN) 100
Figure 15: Schéma de soin utilisé à RESAPSAD 107
Figure 16: Accès au matériel d'injection et aux MSO 117

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Rivière, F : *L'addiction, ses risques et sa prise en charge*, Thèse de pharmacie, Toulouse, 2008

[2]. http://maitredestage.free.fr/scolarite/cours_theoriques/addictions.pdf (consulté le 08/07/2013)

[3]. http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/orithye/EDiagnos/DSMIV.htm (consulté le 08/07/2013)

[4]. http://www.drogues-dependance.fr/s_informer-dependance.html (consulté le 08/07/2013)

[5]. http://www.psyvig.com/lexique.php?menu=18&car_dico=S&id_dico=149 (consulté le 10/07/2013)

[6]. http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/conftox/bailly.html (consulté le 10/07/2013)

[7]. http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550366514.pdf (consulté le 10/07/2013)

[8]. http://www.drogues.gouv.fr/nc/site-professionnel/lexique/mot/drogue/lettre/d/ (consulté le 22/07/2013)

[9]. http://cnid.typepad.com/les_dangers_du_cannabis_c/science/ (consulté le 22/07/2013)

[10]. Denis Richard : *Les drogues*, 2005, édition Armand Colin

[11]. Drogues et dépendances, le livre d'information, 2007, édition INPES

[12]. http://www.drogues-info-service.fr/?-Cannabis-Dossier- (consulté le 10/08/2013)

[13]. http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/982.pdf (consulté le 10/08/2013)

[14]. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/660.pdf (consulté le 10/08/2013)

[15]. http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/cannabis (consulté le 10/08/2013)

[16]. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/?sequence=25 (consulté le 13/08/2013)

[17]. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/ORSIDF_Drogues-BS2010.pdf (consulté le 13/08/2013)

[18]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdeconso.pdf (consulté le 13/08/2013)

[19]. Baromètre de santé 2010 de l'INPES : *Usage de drogues illicites chez les 15-30 ans*

[20]. Convention unique sur les stupéfiants de 1961

[21]. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cocaine/2pdf/produits/cocaine/reponses.pdf (consulté le 13/08/2013)

[22]. http://theseedgrows.e-monsite.com/pages/legislation/legislation-sur-le-cannabis-en-france.html (consulté le 13/08/2013)
[23]. http://www.drogues-info-service.fr/?-Loi-test-dossier- (consulté le 13/08/2013)
[24]. http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/cocaine (consulté le 16/08/2013)
[25]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tr04stim.pdf (consulté le 16/08/2013)
[26]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13coc.pdf (consulté le 16/08/2013)
[27]. http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/amphetamines (consulté le 17/08/2013)
[28]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13ecs.pdf (consulté le 17/08/2013)
[29]. http://www.drogues-info-service.fr/?Amphetamines (consulté le 17/08/2013)
[30]. http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildt/plan-gouvernemental/plans-precedents/ (consulté le 17/08/2013)
[31]. http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/heroine (consulté le 20/08/2013)
[32]. http://www.drogues-dependance.fr/heroine.html (consulté le 20/08/2013)
[33]. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/opiaces/conso.html (consulté le 20/08/2013)
[34]. http://www.senat.fr/rap/r10-699-1/r10-699-17.html (consulté le 20/08/2013)
[35]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf (consulté le 20/08/2013)
[36]. http://gaia-paris.fr/spip.php?article2 (consulté le 20/08/2013)
[37]. http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-117.html (consulté le 20/08/2013)
[38]. http://www.caat.online.fr/toxicomanie/sortir.htm (consulté le 15/09/2013)
[39]. Carcel, J-F : *Drogues et toxicomanies. S'informer, comprendre, agir.* Edition Ellipses Maketing, 2006
[40]. Hervé F et Morel A : Les drogues et dépendances en 200 questions. Edition de VECCHL 2002
[41]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/toxico.pdf (consulté le 10/10/2013)
[42]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_polyconsommations_-_version_finale_2007_12_21__21_47_28_78.pdf (consulté le 10/10/2013)
[43]. http://cms.centredesaddictions.org/index.php/traitements (consulté le 10/10/2013)
[44]. Richard D : Le cannabis et sa consommation. Edition Armand Colin 2009
[45]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf (consulté le 12/10/2013)
[46]. http://www.candis-projekt.de/cannabis.html (consulté le 12/10/2013)
[47]. http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/psychotherapie/therapie_familiale_bantman1.html (consulté le 12/12/2013)
[48]. Huerre P et Marty F : Cannabis et adolescence les liaisons dangereuses. Edition Albin Michel, 2004

[49]. http://www.incant.eu/ (consulté le 13/10/2013)
[50]. http://www.ths-biarritz.com/?page_id=1719 (consulté le 01/03/2014) - Phan O : Présentation du projet INCANT. Colloque THS 2009
[51]. Benyamina A : Le cannabis et les autres drogues. Edition Solar, 2005
[52]. Recommandations de bonne pratique de l'HAS : Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Février 2010
[53]. http://www.reseausanteaddictionsud.org/upload/qqmwalevct.pdf (consulté le 13/10/2013)
[54]. Lejoyeux M : Addictologie. Edition Elsevier Masson, 2013
[55]. http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/01/23/10689-cocaine-sortir-dependance (consulté le 13/10/2013)
[56]. http://www.asud.org/2013/01/23/soin/ (consulté le 13/12/2013)
[57]. http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Cocaine_et_nouveaux_psychostimulants.pdf (consulté le 13/10/2013)
[58]. http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_resume=66 (consulté le 13/10/2013)
[59]. http://evobio.blog.lemonde.fr/2013/03/11/vacciner-contre-la-cocaine/ (consulté le 14/10/2013)
[60]. http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20091005.OBS3632/un-vaccin-anti-cocaine-prometteur.html (consulté le 14/10/2013)
[61]. http://www.ths-biarritz.com/?page_id=1719. (consulté le 03/03/2014) Orson F : Vaccin contre l'abus de cocaïne : situation actuelle. Colloque THS 2009
[62]. http://summaries.cochrane.org/fr/CD003021/traitement-pour-le-sevrage-des-amphetamines (consulté le 17/10/2013)
[63]. http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=1658:traitement-pour-le-sevrage-des-amphetamines&Itemid=510 (consulté le 17/10/2013)
[64]. http://www.drogues-info-service.fr/IMG/pdf/Les_traitements_de_substitution_aux_opiaces_vus_par_les_patients_-_OFDT_tendances_83_nov_2012.pdf (consulté le 20/10/2013)
[65]. http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Bupr%C3%A9norphine_(Subutex),_commencer_un_traitement,_effet,_dosage,_sevrage (consulté le 21/10/2013)
[66]. Le vidal dictionnaire 2013
[67]. Le vidal recos 2012. 4ème édition
[68]. Le moniteur internat médicament. 3ème édition
[69]. http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2012_Besancon_Schaeffer_Muyard_TraitementsSubstitutifs/co/Schaeffer_Muyard_Besancon_2.html (consulté le 20/10/2013)
[70]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf (consulté le 20/10/2013)
[71]. http://www.caat.online.fr/toxicomanie/sortir.htm (consulté le 15/01/2014)

[72]. http://www.editionshelpmedical.com/web/conseils-sante/les-etapes-de-changement-de-comportement/ (consulté le 15/01/2014)
[73]. http://diu.chedade.fr/thc%20th%C3%A9rapeutique.pdf (consulté le 15/01/2014)
[74]. http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Le-Schema-Regional-Medico-Soci.116027.0.html (consulté le 23/03/2014)
[75]. Service communication ARS et DaDdd : Les CSAPA en Aquitaine. Mars 2012
[76]. RESAPSAD : Dispositif local de soins en Addictologie, annuaire 2013
[77]. Rapport d'activité de RESAPSAD 2012
[78]. http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=24 (consulté le 22/03/2014)
[79]. Levasseur L : *Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des femmes sous traitement de substitution aux opiacés.* Thèse de Pharmacie Rouen, 2012
[80]. Communiqué de presse du Réseau Français de Réduction des Risques du 10 octobre 2013 : *Salle de consommation à moindre risque, le paradoxe de la réduction des risques mis à nu*
[81]. http://drogues.blog.lemonde.fr/2014/03/07/salle-de-shoot-lacademie-de-pharmacie-candidate-aux-municipales-de-paris/ (consulté le 22/03/2014)
[82]. http://a-f-r.org/sites/default/files/fichier/idpc-briefing-paper_drug-consumption-rooms_fr1.pdf (consulté le 22:03/2014)
[83]. http://www.ths-biarritz.com/?page_id=1722 Projet Pharmasud et PES par voie postale (consulté le 22/03/2014).
[84]. http://www.reductiondesrisques.fr/2013/10/10/salle-de-consommation-le-paradoxe-de-la-reduction-des-risques-mis-a-nu/ (consulté le 22/03/2014)
[85]. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxoftb.pdf (consulté 27/03/2014)
[86]. http://www.safe.asso.fr/EspacePros/images/Documents/Enquete%20PES%20en%20pharmacies%202009.pdf (consulté le 27/03/2014)
[87]. Fontaa, V : *Le médecin et le toxicomane : guide pratique.* Collection reflexes, 2003.
[88]. http://www.safe.asso.fr/EspacePros/images/Documents/pharma-comm-2.pdf (consulté le 29/05/2014)
[89]. http://www.cgavocats.fr/documents/toxicomanie_et_dependances_en_milieu_carceral.pdf (consulté le 15/03/2014)
[90]. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=18 (consulté le 15/03/2014)
[91]. http://www.ths-biarritz.com/?page_id=1719 (consulté le 23/03/2014) Yakoub, S : La prison et les soins
[92]. http://www.safe.asso.fr/EspacePros/images/Documents/Argumentaire-PES-prisons-SAFE.pdf (consulté le 23/03/2014)
[93]. Rapport d'activité 2012 de Bizia
[94]. http://www.safe.asso.fr/EspacePros/images/Documents/Argumentaire-PES-prisons-SAFE.pdf (consulté le 23/03/2014)

ANNEXES

1 ANNEXE 1 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRES MIS EN PLACE PAR RASPSAD ET LE CSAPA BIZIA :

1.1 QUESTIONNAIRE 1

Nom : ---------- Prénom : ---------- Date : ----------

Instructions
Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si dans une série plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

Je ne me sens pas triste	0
Je me sens cafardeux(se) ou triste	1
Je me sens tout le temps cafardeux(se) ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter	3
Je ne suis pas particulièrement découragé(e), ni pessimiste au sujet de l'avenir	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer	3
Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3
Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e)	0
Je m'ennuie la plupart du temps	1a
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1b
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit	2
Je suis mécontent(e) de tout	3
Je ne me sens pas coupable	0
Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps	1
Je me sens coupable	2a
Je me sens mauvais(e) ou indigne pratiquement tout le temps	2b
Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vaux rien	3
Je n'ai pas l'impression de mériter une punition	0
J'ai l'impression que quelque chose de désagréable va m'arriver	1
J'ai l'impression d'être puni(e) ou que je vais être puni(e)	2
J'ai l'impression que je mérite d'être puni(e)	3a
Je veux être puni(e)	3b
Je ne suis pas déçu(e) par moi-même	0
Je suis déçu(e) par moi-même	1a
Je ne m'aime pas	1b
Je me dégoûte moi-même	2
Je me hais	3
Je n'ai pas l'impression d'être pire que n'importe qui	0
J'ai un vif sens critique à propos de mes faiblesses ou de mes erreurs	1
Je me blâme pour tout ce qui ne va pas	2a
J'ai le sentiment d'avoir commis beaucoup de fautes graves	2b
Je ne pense pas à me faire du mal	0
Je pense parfois à me faire du mal, mais je ne le ferais pas	1
Je pense que la mort me libérerait	2a
J'ai des plans précis pour me suicider	2b
J'ai l'impression que ma famille serait libérée si j'étais mort(e)	2c
Si je pouvais, je me tuerais	3

1.2 QUESTIONNAIRE 2

NHP1

Nom:_____Prénom:_____date:_____

La liste ci-dessous évoque quelques problèmes rencontrés par beaucoup de personnes dans leur vie quotidienne. Lisez attentivement cette liste et cochez la réponse « oui » ou « non » selon votre état actuel. Veuillez répondre à toutes les questions même si elles ne vous semblent pas très adaptées à votre cas. Si vous hésitez, cochez ce qui correspond le mieux à votre état aujourd'hui.

	oui	non
1. Je me sens tout le temps fatigué	☐	☐
2. J'ai des douleurs la nuit	☐	☐
3. Je suis de plus en plus découragé	☐	☐
4. J'ai des douleurs insupportables	☐	☐
5. Je prends des médicaments pour dormir	☐	☐
6. Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir	☐	☐
7. Je me sens nerveux, tendu	☐	☐
8. J'ai des douleurs quand je change de position	☐	☐
9. Je me sens seul	☐	☐
10. Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment...)	☐	☐
11. J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet...)	☐	☐
12. Tout me demande un effort	☐	☐
13. Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir	☐	☐
14. Je suis totalement incapable de marcher	☐	☐
15. J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres	☐	☐
16. Je trouve que les journées sont interminables	☐	☐
17. J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches	☐	☐
18. J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets...)	☐	☐
19. Je souffre quand je marche	☐	☐

VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS
MERCI

Si vous hésitez, répondez selon votre état AUJOURD'HUI

Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham, Version TEST, Mai 1987 © INSERM U 1640

NHP1

Nom:_____Prénom:_____date:_____

	oui	non
20. Je me mets facilement en colère ces temps-ci	❒	❒
21. J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	❒	❒
22. Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit	❒	❒
23. J'ai du mal à faire face aux événements	❒	❒
24. J'ai des douleurs quand je suis debout	❒	❒
25. J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller	❒	❒
26. Je me fatigue vite	❒	❒
27. J'ai des difficultés à rester longtemps debout	❒	❒
28. J'ai des douleurs en permanence	❒	❒
29. Je mets beaucoup de temps à m'endormir	❒	❒
30. J'ai l'impression d'être une charge pour les autres	❒	❒
31. J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir	❒	❒
32. Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	❒	❒
33. Je dors mal la nuit	❒	❒
34. J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres	❒	❒
35. J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir...)	❒	❒
36. J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches	❒	❒
37. Je me réveille déprimé(e) le matin	❒	❒
38. Je souffre quand je suis assis	❒	❒

VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS
MERCI

Si vous hésitez, répondez selon votre état AUJOURD'HUI

Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham, Version TEST, Mai 1987 © INSERM U 1640

1.3 QUESTIONNAIRE 3

NHP2

Nom : _____ Prénom : _____ date : _____

QUESTIONNAIRE

Pourriez-vous indiquer votre réponse par une croix dans la case correspondant à votre choix oui ☐ non ☐

Est-ce que votre état de santé actuel engendre des difficultés ?

1) Dans votre travail (emploi rémunéré) ?	oui ☐	non ☐
2) Dans l'entretien de votre maison ? (Ex : quand vous nettoyez, cuisinez, réparez, exécutez divers petits travaux de bricolage dans votre maison)	oui ☐	non ☐
3) Dans votre vie sociale ? (Ex : quand vous sortez ou si vous êtes avec des amis ou si vous fréquentez des cafés)	oui ☐	non ☐
4) Dans votre vie familiale ? (c'est-à-dire vos relations avec les personnages de votre entourage)	oui ☐	non ☐
5) Dans votre vie sexuelle ?	oui ☐	non ☐
6) Relativement à vos centres d'intérêt et passe-temps ? (Ex : sports, artisanat, bricolage)	oui ☐	non ☐
7) Au moment des vacances d'hiver ou d'été ou lorsque vous partez en week-end	oui ☐	non ☐

1.4 QUESTIONNAIRE 4

Nom:_____Prénom:_____date:_____ ERS

ECHELLE DE RECHERCHE DE SENSATIONS

Ceci est une échelle exprimant diverses opinions sur vos goûts et vos envies. Pour chaque item, il vous est demandé d'entourer soit A soit B selon vos préférences ou vos sentiments. Dans certains cas, les deux items vous correspondront ; dans ce cas, choisissez celui que vous préférez. Il se peut qu'aucun des deux items ne vous satisfasse ; choisissez celui qui vous déplaît le moins.
Il est très important que vous répondiez à tous les items, même si le choix entre A et B vous paraît difficile.

1) A Je rêve souvent que je pourrais être un alpiniste.
   B Je ne comprends pas les gens qui risquent leur peau à escalader des montagnes.

2) A Je trouve cela plus stimulant que les gens ne soient pas d'accord avec moi.
   B Je n'aime pas avoir à argumenter avec des gens qui ont des opinions nettement divergentes des miennes ; de telles discussions ne mènent à rien.

3) A Je cherche à avoir une bonne nuit de récupération après une longue journée.
   B Je souhaiterais n'avoir pas besoin de gaspiller autant de temps à dormir.

4) A Je prends les plats que je connais bien de façon à n'être ni déçu ni mécontent.
   B J'aime essayer de nouveaux plats.

5) A Je ne supporte pas de voir un film une seconde fois.
   B Il y a certains films que je prend plaisir à regarder deux ou trois fois.

6) A J'ai déjà essayé de fumer de l'herbe, ou du moins j'aimerais bien.
   B Je ne fumerai jamais de l'herbe.

7) A J'aime bien passer du temps dans l'environnement familier de la maison.
   B Cela m'énerve rapidement dès que je dois rester chez moi.

8) A L'essence d'une belle œuvre réside dans sa pureté, sa symétrie de forme et son harmonie des couleurs.
   B Je trouve souvent de la beauté dans les couleurs discordantes et les formes irrégulières de la peinture moderne.

9) A Boire beaucoup gâche habituellement les fêtes parce que certaines personnes deviennent bruyantes et violentes.
   B Boisson à volonté est la clef de la réussite d'une fête.

10) A J'aimerais essayer le surf.
    B Je n'aimerais pas essayer le surf.

11) A J'aimerais rencontrer des gens qui sont homosexuels (homme ou femme).
    B Je garde mes distances vis à vis de toute personne que je trouve ambiguë.

12) A J'aime bien sortir avec quelqu'un d'attrayant physiquement.
    B J'aime bien sortir avec quelqu'un qui partage mes valeurs.

1

Nom:_____Prénom:_____date:_____

13) A Je n'aimerais essayer aucune drogue qui puisse produire des effets bizarres et dangereux sur moi.
B J'aimerais bien essayer une drogue qui produise des hallucinations.

14) A Les gens devraient s'habiller avec un certain bon goût. une apparence et style soignés.
B Les gens devraient s'habiller de façon personnalisée même si les résultats sont parfois étranges.

15) A Une personne sensée évite les activités dangereuses.
B J'aime bien faire parfois des activités quelque peu dangereuses.

16) A J'aimerais faire du saut en parachute.
B Je ne voudrais jamais sauter d'un avion.

17) A Je préfère avoir pour amis des gens qui ont bien les pieds sur terre.
B J'aimerais me faire des amis dans des groupes d'avant garde, par exemple des artistes.

18) A Presque tout ce qui est agréable est illégal ou immoral.
B La plupart des choses agréables sont parfaitement légales ou morales.

19) A J'aime explorer une ville étrangère par mes propres moyens même si je dois me perdre.
B Je préfère prendre un guide quand je suis dans un endroit que je ne connais pas.

20) A On devrait avoir beaucoup d'expériences sexuelles avant le mariage.
B C'est mieux si deux jeunes mariés commencent leur expérience sexuelle ensemble.

21) A Skier très vite est une bonne façon de finir avec un plâtre.
B Je pense que j'apprécierais la sensation de skier très vite.

22) A Les stimulants m'indisposent.
B Souvent j'aime me stimuler en buvant de l'alcool ou en fumant de l'herbe.

23) A Je préfère la musique classique et le jazz aux musiques plus populaires et légères.
B Je préfère les musiques plus populaires et la musique classique légère.

24) A Je ne prends pas de plaisir à des discussions dans lesquelles les gens s'échauffent tant qu'ils finissent par s'insulter.
B Je prends du plaisir à une discussion intellectuelle bien échauffée même si les gens deviennent quelque fois excédés.

25) A J'aime bien parfois faire des choses incongrues juste pour en voir l'effet sur les autres.
B Je me comporte toujours normalement, choquer ou troubler les autres ne m'intéresse pas.

26) A Je préfère les gens calmes et tempérés.
B Je préfère les gens qui expriment leurs émotions même s'ils sont un peu instables.

27) A J'aimerais bien pratiquer le ski nautique.
B Je n'aimerais pas faire du ski nautique.

Nom:_____Prénom:_____date:_____

28) A Je préfère des amis tout à fait imprévisibles.
B Je préfère des amis sûrs et prévisibles.

29) A J'aime plonger d'une grande hauteur.
B Je n'aime pas l'impression que j'ai sur un haut plongeoir (ou je ne m'en approche même pas du tout).

30) A Je n'aimerais pas apprendre à piloter un avion.
B J'aimerais apprendre à piloter un avion.

31) A Cela m'ennuie de voir toujours les mêmes têtes.
B J'aime le confort paisible des visages familiers.

32) A J'aimerais partir en voyage sans avoir planifié ni la route ni l'emploi du temps.
B Quand je pars en voyage, j'aime bien préparer la route et l'emploi du temps.

33) A Il y a beaucoup de sexe au cinéma.
B J'aime regarder certaines scènes érotiques au cinéma.

34) A Je n'aime pas la sensation d'être dans les airs.
B Je prends du plaisir dans les parcs d'attraction (montagnes russes, looping...).

35) A Je ne m'intéresse pas aux expériences pour elles-mêmes.
B J'aime avoir des expériences nouvelles et excitantes même si elles font un peu peur et sont non conventionnelles ou illégales.

36) A Je me sens mieux après un bon verre.
B Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond chez les gens qui ont besoin d'alcool pour se sentir bien.

37) A Je n'aime pas les gens qui agissent afin de choquer les autres.
B Si l'on peut prédire toutes les paroles et tous les actes d'une personne, c'est qu'elle doit être ennuyeuse.

38) A J'aime bien regarder chez moi ou chez des amis des films ou des diapositives de voyage.
B Regarder des films ou des diapositives de voyage chez quelqu'un m'ennuie à mourir.

39) A Je voudrais faire de la plongée sous-marine.
B Je préfère la surface de l'eau à ses profondeurs.

40) A J'aime les fêtes « sauvages » et désinhibées.
B Je préfère les fêtes tranquilles où l'on discute bien.

2 ANNEXE 2 : LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE DANS LE MONDE

Pays	SCMR	Admissibilité et services	Profile des clients	Résultats
Allemagne	**Situation géographique** 26 dans 17 villes du pays **Personnel** Le nombre total d'employés varie en fonction de la taille de la SCMR et des contraintes financières Formation: Docteurs, infirmier(e)s, éducateurs, assistants étudiants qualifiés et travailleurs indépendants	**Admissibilité** L'âge minimum varie en fonction des règles de chaque Etat Déjà dépendant(e) Pas sous TSO (à l'exception de Hambourg) Pas intoxiqué(e) **Services** SCMR intégrées aux établissements de réduction des risques Ouvertes entre 3,5 et 12h par jour 3 à 20 cabines de consommation de drogues Orientation vers des services médicaux et sociaux	A Francfort[9] de 2003 à 2009: Jusqu'à 4 700 visiteurs par an 26–35 ans en moyenne 85% hommes / 15% femmes **Principales substances utilisées** 82% héroïne 36% crack[10]	Depuis 1994, aucun décès lié à la consommation de drogue n'a été enregistré an Allemagne Augmentation des connaissances des clients en matière de réduction des risques Moins de problèmes de santé liés à la prise de drogue (par ex. moins d'abcès) Données de la Westphalie-Rhénanie du Nord (2001–2009): 3 271 cas d'urgence médicale 710 procédures de réanimation
Australie	**Situation géographique** 1 à Sydney **Personnel** 1 dans la salle d'injection Formation: au moins un(e) infirmier(e), 3 agents de santé formés	**Admissibilité** 18 au moins Déjà dépendant(e) Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement **Services** Etape 1: Salle d'attente/espace d'évaluation Etape 2: Salle d'injection avec 8 cabines Etape 3: Salle de soins post-injection Salle de réanimation Orientation vers des services de santé, d'aide sociale, d'aide au logement, d'aide juridique et autres services de sécurité sociale	12.050 clients entre mai 2001 et avril 2010 3 nouveaux clients par jour en moyenne 74% d'hommes / 26% de femmes Age moyen de 33 ans 13 années d'injection en moyenne **Principales substances utilisées** Baisse de l'utilisation de l'héroïne (40% en 2005) Augmentation de l'utilisation d'autres opiacés (60% en 2012) Baisse de l'utilisation de la cocaïne (15% en 2012) 10% méthamphétamines 1–2% buprénorphine	Bon rapport coût-efficacité Contacts avec les groupes vulnérables : 9 500 orientations vers les services de santé et de sécurité sociale 4 400 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux public et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale (par ex. augmentation de la criminalité dans les quartiers environnants)
Canada	**Situation géographique** 1 à Vancouver appelée « Insite » **Personnel** 9 membres du personnel Formation: infirmier(e)s, chargés de programme (PHS), travailleurs pairs	**Admissibilité** Pas de critères d'admissibilité **Services** Service anonyme à bas-seuil avec 12 cabines de consommation Fourniture de matériel d'injection propre et appui-conseil sur la réduction des risques Services de santé primaire Désintoxication volontaire (Onsite) Orientation vers des programmes de désintoxication à long-terme Orientation vers des services d'aide au logement et des programmes d'appui communautaire	1,8 million de visiteurs depuis 2003 Entre le 1er Janvier 2010 et le 31 Décembre 2010: 312 214 visites de la part de 12 236 clients 855 visites par jour en moyenne 587 injections quotidiennes en moyenne 74% hommes / 26% femmes 17% s'identifient comme aborigène **Principales substances utilisées** 36% héroïne 32% cocaïne 12% morphine	221 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) 3 383 soins cliniques 5 268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux 458 clients inscrits au programme Onsite de désintox (taux d'achèvement en 2010: 43%) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux public et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale
Espagne	**Situation géographique** 7 dans 4 villes, avec 1 SCMR mobile **Personnel** Nombre d'employés varie en fonction de chaque SCMR Formation: multidisciplinaire, avec au moins un(e) infirmier(e)	**Admissibilité** 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » (dans les SCMR de Barcelone) **Services** Il est permis de fumer dans 3 SCMR Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication Barcelone: conseil et dépistage du VIH, soins médicaux et appui psychologique, social et juridique	105 804 visites de 5 063 clients (2009) 34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes **Principales substances utilisées** Cocaïne (à l'exception de Bilbao et Sala Balaurd à Barcelone, 2009) Héroïne (Barcelone, 2011) Speedball (Madrid, 2011)	Diminution des décès par overdose de 1 833 en 1991 à 773 en 2008 Diminution du taux des nouvelles infections au VIH chez les clients de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008 Acceptation forte et demande de mise en place de SCMR Réduction de la quantité déchets liés aux injections laissés dans les lieux publics Prise de conscience de la communauté qui voit les SCMR comme une stratégie de santé publique Développement de directives communes sur la réduction des risques et les SCMR

Luxembourg	**Situation géographique** 1 dans la ville de Luxembourg appelée « Abrigado » **Personnel** 23 membres du personnel multilingues Formation: personnel médical, psychologues, assistant(e)s sociaux/les, éducateurs, sociologues	**Admissibilité** 18 ans au moins Déjà dépendant(e) Pas sous TOS Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » **Services** SCMR intégrée à un centre à bas-seuil avec 7 cabines d'injection Projet pilote « Blow room » avec 4 cabines d'inhalation Ouverte 6 jours par semaine, 6h par jour Abri de nuit (42 lits) et infirmerie Point d'accueil (Kontakt Café) qui offre des soins médicaux primaires Dépistage du VIH/hépatite C dans l'établissement Programme d'échange des aiguilles/seringues Appui-conseil sur les techniques à moindre risques	170 000 consommations supervisées (depuis 2005) 26 929 visites à la SCMR en 2011 207 visiteurs par jour en moyenne (Kontact Café) 96 visiteurs par jour en moyenne (SCMR) 25–34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes **Principales substances utilisées** 87% héroïne 8% cocaïne 5% mélanges	1 025 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Baisse générale des décès par overdose et des cas ne nouvelle contamination au VIH chez les usagers de drogues injectables depuis l'ouverture de la SCMR Ligne téléphonique citoyenne ouverte pour encourager le public à mieux accepter la SCMR Peu de plaintes déposées par les communautés environnantes
Norvège	**Situation géographique** 1 à Oslo **Personnel** Au minimum 5 membres du personnel présents pendant les heures d'ouverture, avec au moins un(e) infirmier(e) Formation: Infirmier(e)s, infirmier(e)s auxiliaires et assistant(e)s sociaux/les	**Admissibilité** L'héroïne est la seule substance autorisée 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Etre consommateur/consommatrice d'héroïne depuis longtemps **Services** Limité à une dose d'héroïne par client par visite Reliée aux services de réduction des risques Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication	2 480 clients inscrits depuis 2005 1 500 clients par an 109 clients par jour en moyenne (2011) 37 ans en moyenne 70% hommes / 30% femmes **Principales substances utilisées** L'héroïne est la seule substance autorisée	Les usagers se sentent moins exclus socialement Augmentation de l'accès à une prise en charge professionnelle en cas d'overdose Augmentation de l'accès aux services de santé et d'aide sociale
Pays Bas	**Situation géographique** 37 dans 25 villes du pays **Personnel** 3 membres du personnel Formation: personnel médical, assistant(e)s sociaux/les, anciens usagers de drogues, personnel de sécurité	**Admissibilité** Enregistré auprès des autorités administratives de la ville où se situe la SCMR Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Les critères varient en fonction de la SCMR **Services** 5 SCMR autonomes; d'autres sont intégrées à des services à bas-seuil Salles séparées pour les injecteurs et les fumeurs 15 cabines pour les fumeurs, 5 pour les injecteurs Appui-conseil médical et sur la réduction des risques	24 clients par jour en moyenne 90% clients sont des non-injecteurs 45 ans en moyenne[11] 90% hommes / 10% femmes[12] **Principales substances utilisées**[13] Héroïne Crack/coke	Diminution du partage des seringues/aiguilles Seulement 4% de nouvelles infections au VIH, à l'hépatite B et C diagnostiquées chez les usagers de drogues Le taux d'incidence du VIH chez les usagers de drogues par injection a baissé de 8,6% en 1986 à 0% en 2000 94 décès dus à la consommation de drogues et 2010, dont 20 étaient des personnes non- enregistrées auprès de leur municipalité Baisse significative des troubles à l'ordre public Forte acceptation des SCMR (80%) par les prestataires de services sanitaires et sociaux, les quartiers et la police
Suisse	**Situation géographique** 13 dans 8 villes du pays **Personnel** Pas de données nationales A Berne: Formation: infirmier(e)s et assistant(e)s sociaux/les	**Admissibilité** 18 ans au moins Déjà dépendant(e) Une pièce d'identité Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Pas de consommation en dehors de la SCMR (par ex. dans les toilettes ou la cafétéria) **Services** Cabines pour la consommation intraveineuse, pour fumer ou renifler (le nombre varie en fonction de la SCMR) Cafétéria qui fournit des repas et boissons non-alcoolisées Soins médicaux Consultations pour problèmes d'ordre social Services d'hygiène (douches, vêtements) PSO Orientation vers des programmes et cliniques de désintoxication	Pas de données nationales A Berne: 38 ans en moyenne 992 clients inscrits par an 200 clients par jour 74.1% hommes / 25.9% femmes **Principales substances utilisées** Pas de données nationales A Berne: Héroïne Cocaïne Benzodiazépines Cannabis Substituts Alcool	Diminution des décès dus à la consommation de drogues Augmentation des connaissances des clients des techniques de réduction des risques Réduction des risques de transmission des virus transmissibles par voie sanguine

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes Condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les moeurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

TITRE

De la consommation au sevrage (cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne) en milieu libre et en milieu carcéral : prises en charge et rôle du pharmacien d'officine

RESUME

La consommation de drogues illicites est de plus en plus banalisée, notamment celle du cannabis, victime d'un effet de mode. Un sevrage à une substance illicite peut très difficilement être mené à bien sans l'aide de professionnel. Au niveau du traitement, beaucoup de recherches sont en cours. En effet, si les traitements de substitution aux opiacés utilisés lors du sevrage à l'héroïne ont fait leurs preuves, aucune molécule n'a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché pour le sevrage au cannabis, aux amphétamines ou à la cocaïne. Au-delà des médicaments, une partie importante dans l'arrêt de la consommation est la prise en charge psychologique des usagers ainsi qu'une étude globale des problèmes existant avant la dépendance. De nombreux établissements, structures, et associations existent pour permettre une prise en charge optimale du sevrage. De plus, depuis une vingtaine d'années, des réseaux de professionnels de santé ont fait leur apparition et permettent une prise en charge pluridisciplinaire. Ces réseaux font de la prise en charge en milieu libre et en milieu carcéral où on remarque un retard assez inquiétant de la prise en charge de la toxicomanie. Le rôle du pharmacien d'officine est fondamental dans le sevrage mais aussi dans la réduction des risques liés à la consommation de drogues par voie injectable et nasale. L'ouverture de salles de consommation à faible risque est également dans cette optique de réduction des risques mais a été retardée en France.

MOTS CLES

Dépendance ; sevrage ; cannabis ; amphétamines ; cocaïne ; héroïne ; traitements d'aide au sevrage ; substitution ; prise en charge ; réseaux Aquitaine ; salle de shoot ; réduction des risques ; pharmacien ; milieu carcéral